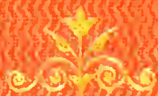
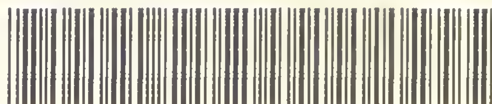
Juan María Rodríguez



GUÍA CLÍNICA DEL ARTE DE LOS PARTOS


22501312228

GUÍA CLÍNICA

DEL

ARTE DE LOS PARTOS

POR

JUAN MARIA RODRIGUEZ

Presidente de la Academia de Medicina,
Catedrático de Química general en la Escuela Nacional Preparatoria,
de Clínica de Obstetricia en la Escuela N. de Medicina,
Director científico de la Casa de Maternidad,
Socio correspondiente de la Sociedad Anatómica de Madrid,
de número de la de "Historia Natural,"
&c., &c.

ADOPTADA

POR LA JUNTA DE CATEDRÁTICOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA

COMO TEXTO

Para uso de los Alumnos de la Clínica de Partos.

TERCERA EDICIÓN
CORREGIDA Y CONSIDERABLEMENTE AUMENTADA.

MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo núm. 2.

1885

AL BENÉVOLO LECTOR.



AGOTADA la 2ª edición de mis "Cuadros Sinópticos de Obstetricia," que dí á la estampa bajo el título de "Guía Clínica del Arte de los Partos," alentado por la graciosa y entusiasta acogida que las Escuelas médicas del país y el público médico en general le otorgaron, y excitado demás de eso por personas que se desviven por el establecimiento y progreso de las cosas patrias á publicar una tercera, héme decidido á colmar su deseo apresurándome y esforzándome, antes de lanzarla á los cuatro vientos de la publicidad, á reformarla y complementarla con todo cuanto hoy por hoy se exige en obras de la índole de ésta. Destinada desde un principio (1869) á facilitar el buen aprendizaje de un arte tan interesante como el de los partos, entre los defectos de que adolecía (que yo el primero eché de ver y deploré á mis solas) había uno enorme debido á la falta de concordancia y homogeneidad del conjunto, pe-

culiaridades inherentes á toda enseñanza cuyas miras y principales tendencias sean hacer asequible, fructuoso y trascendente el estudio práctico de algún arte ó ciencia, más aún cuando quien lo toma á su cargo y lo prodiga solícito aspira á fundar una nueva Escuela ó secta científica, con sus preceptos, usos, requisitos, pretensiones, modificaciones é innovaciones especiales. Convicto por la candorosa ingenuidad de la evidencia de la necesidad y ventajas de esta enmienda he puesto nimio cuidado en armonizar todas las doctrinas recopiladas en mi libro, en simetrizar todos los dogmas (quien dice Escuela dice dogma), de modo que el conjunto resultase acorde y perfectamente consonante; quedando corregido así el defecto de que se trata, y del cual, fuerza es confesarlo, adolecen gran parte de las obras didácticas modernas en estos tristes tiempos de corrupción general, anarquía científica y positiva decadencia literaria.

Ocupéme luego de llenar los huecos que premeditada, intencional y equivocadamente (por qué no he de confesarlo) dejé en la "Guía Clínica," suponiendo que para cubrirlos sobrarían mis advertencias y consejos de viva voz. Vistos la insuficiencia y lo falible del propósito y convicto una vez más de la verdad del proloquio que proclama que las palabras se las lleva el viento y sólo aquello que está escrito queda subsistente, he subsanado esta omi-

sión tantas cuantas veces lo he considerado necesario. Un libro que ha de servir do *vade-mécum*, un prontuario donde se oxtractan y puntualizan las reglas generales aplicables á cualquier caso particular, no ha de tener lagunas ni soluciones de continuidad. Sucede con frecuencia que jóvenes estudiosos y aprovechados que en la Casa de Maternidad, bajo las inspiraciones de mi enseñanza, aprenden á dar cumplido lleno á los indicantes toconómicos en los varios y múltiples casos que allí ocurren, que ni se atrojan ni vacilan nunca, en la práctica civil, libres de mi tutela, al ejercer el nobilísimo arte, no saben qué hacer, se detienen perplejos é indecisos ante los hechos más comunes que les han sido familiares, y olvidándose de mis recomendaciones y advertencias hacen lo contrario de lo que deben porque en esos momentos echan mano de opiniones ahijadas por autores do nota, es cierto, pero que faltas de buenos fundamentos ni han tenido ni tienen razon de ser; ó se dejan seducir y arrastrar de las rutinas, esas viejas corruptoras, baldón del arte, oprobio de los que á ellas se pliegan por hábito ó acaso acaso por no haber parado mientes; corruptelas de origen prehistórico y misteriosa subsistencia que sobreviven cobijadas (increible parece) bajo la sombra que les proporcionan personas, por otra parte muy respetables, acérrimas enemigas de toda innovación, de toda reforma de las cosas que

las demandan con más encarecimiento. Sea como fuere, el hecho es que las lagunas se llenan con opiniones inconexas, heteroformes, de lo que resulta un monstruo como el que nos dejó tan bien pintado Horacio en su Arte poética, un mosaico abigarrado, churrigueresco; un conjunto contradictorio, anárquico, que es lo peor.

A fin de que mis discípulos en lo de adelante no extravíen el buen camino he juntado y correlacionado los varios artículos ó Cuadros en esta edición de un modo cónsone: merced á ésto ya no tendrán cabida por más tiempo la duda y la confusión, fuentes perennes de desaciertos. Preciso es convencerse de que los que tienen ideas confusas sobre cualquier materia no saben, porque no es saber el saber lo absurdo, como el ver tinieblas no es ver seguramente. En los Cuadros nuevos, en aquellos que me pareció conveniente reformar ó retocar, he procurado que la demostración quede puesta en lugar de la duda, la regla en lugar del acaso, lo real y hacedero en lugar de lo quimérico y ficticio. He cuidado asimismo con la mayor diligencia de usar un lenguaje que esté al alcance de cuantos me leyeren, dando preferencia siempre á las dicciones más comunes de nuestra rica y hermosa habla castellana, que tiene nombres para todas las cosas, sinónimos que marcan el verdadero sentido de las palabras poniendo de manifiesto las ideas como son en sí, y modis-

mos, por último, de un alcance tal que nos hacen ver el íntimo consorcio que Dios ha establecido entre un vocablo y su pensamiento explicando la idea por la palabra y la palabra por la idea.

Por lo que al método toca, he seguido el rigurosamente lógico que acostumbro en mis lecciones: generalizar siempre, convirtiendo los hechos en ciencia. La naturaleza me ha servido de mentora; á su dirección he vivido sujeto; pues tengo por incontrastable que no plegándose á ella, en el arte de los partos, nada se ve claro, nada hay definido, nada sale bien hecho en fin.

Para que mis lectores se formen juicio de las reformas hechas en la presente edición, pongo punto á este prólogo con la siguiente reseña que las abarca:

I. *Cuadro Sinóptico* de los signos del embarazo intrauterino y manera de calcular la edad de la preñez y la época del parto.—*Muy reformado.*

II. *Cuadro Metódico* de la figura, dimensiones y ejes del canal pélvico y particularidades que presentan las pelvis de las mexicanas. —*Nuevo.*

III. *Cuadro Metódico* de los diámetros del ovoide formado por el feto maduro normalmente desarrollado y vivo.—*Nuevo.*

IV. *Cuadro Metódico* del acomodamiento obsté-

trico, su mecanismo y épocas en que se verifica.—*Nuevo.*

V. *Cuadro Sinóptico* de las presentaciones y posiciones del feto y de los procedimientos para diagnosticarlas.—*Nuevo.*

VI. *Cuadro Sinóptico* de las leyes fundamentales de la dinámica del trabajo del parto en todas las presentaciones y posiciones del feto.—*Corregido.*

VII. *Cuadro Metódico* que resume la importancia del tacto vaginal durante el trabajo del parto.—*Nuevo.*

VIII. *Cuadro Metódico* de la corrección de las presentaciones viciosas del feto practicada por medio de maniobras externas.—*Nuevo.*

IX. *Cuadro Sinóptico* de los signos que caracterizan la marcha regular del sobreparto y *Cuadro Metódico* de los cuidados que demandan la puérpera y el recién nacido.—*Revisado y aumentado.*

Estos nueve cuadros forman la primera parte de la nueva edición de mi "Guía Clínica." La segunda está integrada por los siguientes:

I. *Cuadro Sinóptico* de las causas, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del aborto y parto prematuro.—*Enteramente reformado y aumentado.*

II. *Cuadro Metódico* que señala las indicaciones y contraindicaciones del uso del cuernecillo de centeno y del zihuatlpatl (Montanoa tomentosa) y los modos de combatir la disodinia.—*Corregido.*

III. *Cuadro Metódico* del tratamiento de las hemorragias que sobrevienen en el embarazo, antes, en el acto y después del parto.—*Corregido y aumentado.*

IV. *Cuadro Metódico* de las causas de distocia y reglas para combatirlas ó remediarlas.—*Revisado y corregido.*

V. *Cuadro Metódico* del tratamiento de la distocia hemorrágica por implantación anormal de la placenta y de la distocia eclámsica, histérica y epiléptica.—*Corregido.*

La tercera y última parte comprende:

I. *Cuadro Metódico y Tecnográfico* del fórceps y sus indicaciones.—*Nuevo.*

II. *Cuadro Metódico* de las principales reglas para hacer la extracción manual del feto.—*Corregido.*

III. *Cuadro Metódico* de la versión y de la evolución del feto por maniobras mixtas.—*Nuevo.*

APÉNDICE.— *Cloroformo:* indicaciones, precauciones y contraindicaciones de su empleo.— *Nuevo.*

Estas líneas no han tenido otro objeto que explicar y justificar, en parte, el plan trazado y seguido en la ordenación de este libro, terminado el cual remítole á la censoría pública en solicitud de benévola acogida.

México, Abril de 1885.

JUAN MARIA RODRIGUEZ.

PRIMERA PARTE

I

CUADRO SINÓPTICO

De los signos del embarazo intrauterino y manera de calcular la edad de la preñez y la época del parto.

I. *Signos maternos del embarazo,* llamados *de presunción y probables.*

Amenorrea.—La menstruación falta; pero la supresión del flujo catamenial puede ser motivada también por otras causas.

Digestión.—Se trastorna; ascos, náuseas, vómitos, constipación (común), diarrea (rara), malasia, pica, bulimia. Generalmente disminuyen y desaparecen estos trastornos entre el tercero y cuarto mes.

Inervación.—Neuralgías dental, facial, lumbar, ciática, crural.

Neurosis.—Histeria, Eclamsia. Manía puerperal.

Circulación.—Hidrohemia y trastornos fisiológicos consiguientes. Vahidos, soñolencia, palpitaciones cardiacas. Accidentes mecánicos debidos á la compresión de los vasos; edema, várices, trombus.

Respiración.—Trastornos mecánicos progresivos.

Secreciones.—Tialismo. Disminuye la cantidad de sales, de urea y demás principios inmediatos de la orina, y relativamente aumenta la del agua. La albumina aparece á veces en la orina. El pigmento mancha la piel de la cara, cuello, pecho, manos (paño), colora la línea alba, el contorno del ombligo, las areolas de los pezones y los pezones mismos, y se deposita alrededor de los folículos vellosos de los pechos, donde forma lo que llaman "areola lenticular." Los pechos crecen, su epidermis se hiende, y esto ocasiona picoteo, comezón; el tejido de Malpighi suele henderse allí como en la pared del vientre (cuarteaduras); la areola se espacía y sobresale; sobresalen también los

tubérculos papilares; los pezones se yerguen y ponen dolorosos; al comprimirlos brotan de los conductos galactóforos gotitas de serosidad opalina. Escurrimiento leucorreico que suele ser muy abundante.

Piel del vientre.—Da de sí en proporción de su elasticidad: cuando ésta es poca rómpese la red de Malpighi en la zona subumbilical y las roturas aparecen de color amoratado, después nacarado, en curvas concéntricas que se extienden de los flancos á las fosas ilíacas.

MODIFICACIONES QUE SUFRE EL CUERPO DEL ÚTERO.

Volumen.—Aumento gradual.

El fondo se halla en el mes......
- 3º arriba del estrecho superior.
- 4º más arriba.
- 5º más alto.
- 6º en el ombligo poco más ó menos.
- 7º arriba del ombligo.
- 8º entre el ombligo y el epigastrio.
- 8º y $\frac{1}{2}$ en el epigastrio.
- 9º abajo del epigastrio.

Figura.—Al principio piriforme, luego esferoide y después ovoide.

Consistencia.—Elástica.

Dirección.—De abajo arriba y de izquierda á derecha, con raras excepciones.

Situación.—Como ligeramente torcido sobre su eje longitudinal. (Véase el por qué en el Cuadro número IV, que trata de lo relativo al acomodamiento.)

Resonancia.—Falta en la extensión de la zona ocupada por el útero.

MODIFICACIONES QUE SE ADVIERTEN EN EL CUELLO DEL ÚTERO.

Volumen.—Crece. Hácia la última quincena del mes nono mengua hasta desaparecer.

Altura.—En los tres primeros meses baja, en seguida asciende hasta llegar á ser muy difícil tocarle.

Figura.—En las multíparas, cuello y cavidad son fusiformes. El hocico de tenca se entreabre al fin del embarazo y permite que entre un poco la extremidad del índice. El orificio cervical permanece cerrado hasta el momento mismo en que empieza el trabajo del parto. En las multíparas, la figura del cuello y de su cavidad es escifuliforme. El hocico de tenca se entreabre hácia el 5º y 6º mes y va dilatándose gradualmente hasta

el fin del embarazo; el índice penetra cada vez más. El orificio cervical es dilatable y permanece cerrado hasta que comienza el parto.

Consistencia.—Va reblandeciéndose de abajo arriba; el reblandecimiento es superficial en las nulíparas y total en las multíparas.

Dirección.—Primero de abajo arriba y seguidamente de atrás adelante y de izquierda á derecha.

II. *Signos fetales del embarazo*, llamados *Signos de certidumbre*, perceptibles del 5º mes en adelante.

Colocada la mujer en posición toconómica, por medio de la palpación con ambas manos, según se dirá adelante, siéntese dentro de la matriz un contenido mixto, quiere decir, parte sólido y parte líquido. El sólido tiene desigualdades grandes y pequeñas, y contornos redondeados y angulosos. Naturalmente, ó por efecto reflejo, si el engendro vive, se sienten y hasta se ven sus movimientos, que son de tres clases: deslizamientos, choques y sobresaltos. Vivo ó muerto el engendro es movible, y su movilidad es tanto mayor cuanto es menor su desarrollo ó

proporcionalmente abundante la cantidad de líquido amniótico. En el hidroamnios es exageradísima y se puede traquear mucho más fácilmente. La verificación de los traqueos clásicos, el abdominal y útero-vaginal, no es absolutamente indispensable. La parte líquida del contenido es fluctuante, y la sensación percibida se llama *quística*, del griego κύστις, vejiga.

Por medio de la *auscultación abdominal* se oyen la circulación fetal y la materna: distínguense entre sí por el número de pulsaciones. La primera está caracterizada por un *tic-tac*, cuyo promedio por minuto monta á 136. Máximum, 160; mínimum, 112. El timbre de estos latidos resuena más en el dorso del feto acurrucado y mucho más en el punto que corresponde á la región escapular izquierda; su mayor transmisión se hace en el sentido de la columna vertebral, merced á la solidez de ella, á la condensación del pulmón, al tamaño y dureza del hígado y de las cápsulas supra-renales. El conocimiento exacto del punto adonde mejor se oyen y de la dirección en que más se trasmiten los latidos importa sobremanera, porque como se verá adelante sirven para de-

terminar la situación absoluta y relativa del engendro, ó sea su *presentación* y *posición*. A veces se oye un soplo isócrono del *tic-tac*, lo cual indica que el paso de la sangre arterial por el cordón umbilical no es franco ni expedito en alguno de los puntos de su trayecto; ó en otros términos, que el cordón está comprimido. El grado de la compresión se marca por lo intenso y áspero del soplo, y su mayor ó menor persistencia, por su permanencia ó su fugacidad. La circulación materna presenta los caracteres que le son propios, y de nada sirve para el diagnóstico del embarazo; áun el soplo que con frecuencia se oye en alguno de los puntos de la zona ocupada por el útero grávido, impropiamente denominado "soplo uterino," "placentario," "útero-placentario," ninguna significación tiene en este caso por estar probado que su sitio anatómico es alguna ó algunas de las arterias abdominales, y su causa la compresión producida por el útero desenvuelto por la preñez ó por cualquier motivo patológico que acrezca su tamaño ó el de alguno de sus anexos y contiguos. La designación de *soplo abdominal* es la únicamente propia, y está justificada de sobra. Los latidos y soplos de

una y otra circulación nunca son ni pueden ser isócronos, cuyo carácter los diferencía totalmente. Computándolos, no puede caber error alguno. Cuando hay dos ó más fetos vivos óyense dos ó más circulaciones, que tampoco son isócronas.

MANERAS DE CALCULAR LA EDAD DE LA PREÑEZ Y LA ÉPOCA DEL PARTO.

Puntos de partida.—1º Desde el instante de la concepción. 2º Desde que se suspenden las reglas. 3º Desde el día en que la mujer siente por primera vez los movimientos del producto. 4º Por la apreciación de las modificaciones que en los diferentes períodos de la preñez sufren el cuerpo y el cuello del útero.

Advertencia.—Ninguna de las maneras de computar la edad del embarazo y la época del parto basta para fijar una ú otra cosa con matemática exactitud: los parteros más ejercitados pueden equivocarse, y con efecto se equivocan, por lo que debe uno conformarse siempre con calcular *sobre poco más ó menos* y errar lo menos posible.

Manera de hacer el cómputo.—1º No existiendo ningún signo que marque la fecha

precisa de la fecundación del óvulo, el primer modo de calcular sólo puede ser aceptable cuando no haya habido más que un coito: cuarenta semanas después, *poco más ó menos*, se verificará el parto. 2º Desde la fecha de la última menstruación: cuéntanse nueve meses solares ó diez lunares: el parto *probablemente* tendrá lugar entre los 270 y 280 dias; lo cual equivale, y ésto es más sencillo, á agregar 7 dias al cómputo de los nueve meses solares. Ejemplo: la última menstruación fué el 15 de Julio de 1884: el parto probablemente se verificará el 22 de Abril de 1885. 3º Si se tomare como punto de partida el dia que la mujer por primera vez sintió los movimientos del producto, se contarán adelante cuatro meses y medio más 7 dias. Ejemplo: fecha de la primera data, 30 de Enero; el parto probablemente acaecerá el 22 de Junio. 4º Este cómputo se hace teniendo presente lo dicho respecto á las épocas en que generalmente han lugar las modificaciones del cuerpo y del cuello del útero durante la gestación, y está tan sujeto á yerro como los anteriores.

II

CUADRO METÓDICO

De la figura, dimensiones y ejes del canal pélvico, y particularidades que presentan las pelvis de las mexicanas.

La pelvis forma la parte inferior del tronco y de la cavidad abdominal: casi está en la parte media del cuerpo; en las mujeres generalmente se halla situada á tres centímetros arriba de la mitad de la talla.

Para estudiarla se la divide en superficie interna y externa, en grande y pequeña pelvis.

En los Tratados teóricos se estudia tanto la superficie externa como la interna; mas en vista de la mayor importancia clínica de esta última me limitaré á tratar de ella de una manera, aunque concisa, lo más técnica posible, vista la parte que toma en los fenóme-

nos de acomodación durante el embarazo y en los dinámicos del feto maduro, vivo y regularmente conformado, durante la ejecución del parto.

La superficie interna de la pelvis tiene una estrechura irregularmente circular que la divide en dos partes: la superior ensanchada, y la inferior reducida. Llámase á la primera *gran pelvis* y á la segunda *pequeña.* La línea divisoria lleva el nombre de estrecho superior ó abdominal, y el límite inferior de la pequeña pelvis el de estrecho inferior ó perineal. La *gran pelvis* está ampliamente escotada adelante, y aunque también se halla así detrás, está dividida en dos por la columna vertebral, que con el sacro forma el promontorio ó ángulo sacro-vertebral. A uno y otro lado de éste se ven las superficies triangulares que forman las alas del sacro, y más afuera los intervalos que corresponden á la unión de éste con los ilíacos. Las paredes laterales de la *gran pelvis* están constituidas por las fosas ilíacas internas. Limitada la *gran pelvis* abajo por el estrecho abdominal, lo está arriba por la circunferencia superior ó base de la pelvis, formada atrás por la parte posterior de la base del sacro,

lateralmente por las crestas ilíacas y adelante por el borde anterior de los huesos coxales, el superior de los huesos del pubis, y por último, la sínfisis púbica.

La *pequeña pelvis*, llamada excavación pélvica, comprende toda la parte situada entre los dos estrechos, de los cuales el superior ve arriba y adelante y el inferior abajo y atrás. La excavación pélvica, muy oblicuamente dirigida en este último sentido, tiene cuatro paredes: una anterior, transversalmente cóncava, dos laterales, planas, y una posterior, cóncava longitudinalmente.

La anterior es la menos alta: hállase inclinada hácia abajo. Aunque en la pelvis europea la longitud ordinaria de esta pared oscila entre 30 y 40 milímetros, es un hecho casi general que en México mida más: 57, 63, 65 milímetros, y hasta 7 y 8 centímetros, conforme se verá adelante. En la línea mediana presenta la saliente longitudinal de la sínfisis púbica; á los lados la superficie cuadrilátera de la cara posterior del cuerpo del pubis; arriba y afuera, la extremidad posterior de la *gotera*[1] *subpúbica;* abajo, el agujero

1 Aunque me propuse no usar ninguno de los galicismos que tan repugnantes son á la melodía de

subpúbico; abajo y adentro, la cara interna de la rama isquio-púbica, y más abajo aún la cara interna del isquio.

La pared posterior, constituida por la cara anterior del sacro y coxis, la más alta de la excavación, mira abajo, y está encorvada de delante hácia atrás. Tiene á los lados las sínfisis sacro-ilíacas, y afuera de ellas el límite superior de las grandes escotaduras ciáticas.

Las paredes laterales miran adentro, atrás y arriba, de lo que resulta que la excavación pélvica se estreche transversalmente de arriba abajo. La mitad superior, la más amplia, corresponde á los fondos de ambas cavidades cotiloides; la mitad inferior, la más estrecha, está formada de la cara interna del cuerpo del isquio y de su tuberosidad. Cada una de ellas separa á las escotaduras ciáticas de los agujeros subpúbicos.

El estrecho superior ó abdominal, según queda dicho, separa á la gran pelvis de la excavación; el promontorio hace que su contorno sobresalga atrás; á los lados es cón-

nuestro idioma, he tenido que abandonar en ciertas descripciones mi propósito, buscando la mayor inteligencia y claridad para el lector.

cavo y redondeado; arriba de los agujeros snbpúbicos casi es rectilíneo y se dirige oblicnamente hácia la sínfisis púbica; arriba de los pnbis es redondeado y casi transverso. Le forman, detrás el ángulo sacro-vertebral y el borde anterior de la base del sacro; á los lados, la línea innominada ó ilio-pectínea; adelante las crestas pectíneas, el borde superior de los pubis y la sínfisis púbica. La figura del estrecho superior es un triángulo de lados y ángulos curvilíneos: el anterior tiene su vértice en la sínfisis púbica, y los posteriores en las sacro-ilíacas. La base del triángulo corresponde al sacro, y los otros lados á las respectivas porciones del estrecho comprendidas entre los ángulos anterior y posteriores.

El estrecho inferior ó perineal tiene tres porciones salientes y tres escotaduras profundas: el coxis y la parte inferior del sacro forman la saliente posterior, y las tnberosidades isquiáticas las otras dos. Una de las escotaduras es anterior mediana y las demás póstero-laterales. La primera es amplia, en forma de arco; circunscríbenla hácia los lados las ramas pubio-isquiáticas. Las segundas, menos abiertas que la anterior,

son las sacro-ciáticas, cuyos límites anatómicos son bastante conocidos.

El estrecho inferior está limitado atrás por el coxis y bordes internos de los ligamentos sacro-ciáticos; lateralmente por las tuberosidades isquiáticas, y adelante por las ramas isquio-púbicas y parte inferior de la sínfisis.

La mitad anterior del contorno del estrecho inferior es ósea, y por ende son invariables sus dimensiones: la mitad posterior en su mayor parte es fibrosa, y merced á ésto es depresible y cede: el coxis, que ocupa la parte mediana, en la mayoría de casos es móvil, y retrocede cuando es compulsado á ello durante la salida de los diámetros conjugables del feto. La figura del estrecho inferior es ovalar; la parte más amplia del óvalo ve atrás y en la parte media y posterior existe la saliente encorvada de los bordes del coxis.

Bajo el punto de vista de la Toconomía la pelvis debe ser considerada en su composición, forma y dimensiones. Importa mucho también que esta parte del esqueleto sea estudiada con respecto á la inclinación de los planos de los estrechos superior é inferior

y á la dirección del canal comprendido entre ambos. De la determinación de estos dos últimos puntos dedúcense varias advertencias importantes, de que pueden aprovecharse igualmente el partero en el ejercicio de su arte y el ginecólogo y el cirujano en la práctica de algunas operaciones.

La pelvis desnuda en su conjunto ha sido comparada á una cavidad cónica, trunca, ligeramente comprimida de delante atrás, cuya base está en la parte superior y adelante, y la trunca abajo y atrás.

Conviene saber el grado de inclinación de los planos de los estrechos en la pelvis mexicana. El resultado del cálculo hasta hoy es como sigue, siendo de advertir que en la construcción de los triángulos relativos el máximum del error llegó sólo á 122 millonésimas de milímetro.

Valor del ángulo que el plano del estrecho superior forma con el horizonte.............. 61° 50′ (promedio).

Valor del ángulo que el plano del estrecho inferior forma con el horizonte.............. 18° 35′ (promedio).

Ángulo de inclinación de la sínfisis púbica con respecto á la vertical......... .... 45° (promedio).

SINÓPSIS COMPARATIVA DE LAS MEDIDAS DE LA PELVIS DE LA MUJER.

	MÉXICO	ALEMANIA	FRANCIA			INGLATERRA
		Nœgele (hijo)	Cazeaux	Cruveilhier	Sappey	Playfair
GRAN PELVIS.	Centímets.	Centímets.	Centímets.	Centímets.	Centímets.	Centímets.
Distancia entre las espinas ilíacas antero-superiores	22 á 23	23	24	22 á 25	0	25
Id. entre la parte más elevada de las crestas ilíacas..	23,5 á 24,5	26	27	24 á 27	28,2	26,5
PEQUEÑA PELVIS.	Milímetros	Milímetros	Milímetros	Milímetros	Milímetros	Milímetros
Diámetros del estrecho superior — Antero-posterior	108	110 á 115	110 á 115	110	110	1008
Diámetros del estrecho superior — Oblicuo	120	120	120	125	120	1202
Diámetros del estrecho superior — Transverso	130	135	135	135	130	1302
Diámetros de la excavación ...... — Autero-posterior	115	122 á 128	120 á 130	0	0	120
Diámetros de la excavación ...... — Oblicuo	120	135	120	0	0	1302
Diámetros de la excavación ...... — Transverso	120	115	120	0	0	120
Diámetros del estrecho inferior.. — Autero-posterior	95	95	110	110	110	1205
Diámetros del estrecho inferior.. — Oblicuo	100	123	110	110	110	1302
Diámetros del estrecho inferior.. — Transverso	100	100 á 110	110	110	110	1008
Pared anterior de la pelvis	55	40	40	45	35 á 40	0
Paredes laterales..	85	95 á 100	90	95	90 á 100	0
Pared posterior (del promontorio al vértice del sacro)......	110	120 á 135	110	0	0	0
Long.d de la curva sacra (del promontorio al vértice del coxis)..	138	0	130	123	0	0
Distancia entre las espinas ciáticas	104	110	0	0	0	0

Según queda dicho la sínfisis púbica de la pelvis mexicana tiene mayor altura que las pelvis europeas y está más inclinada; si á esta inclinación se agrega la mayor del plano del estrecho superior, que la viene á colocar en un punto todavía más bajo, se puede determinar desde luego, además de su dirección, su verdadera posición. Siendo ésto así, ya se tiene una clave para explicar suficientemente los hechos clínicos que siguen:

1º El acortamiento del diámetro antero-posterior del estrecho inferior, cuya longitud es de 9 á 9,5 centímetros, y no 11, que es el promedio de dicho diámetro en la pelvis de ultramar.

2º La mayor altura de la punta del coxis, valuada en 2 á 2,5 centímetros, y no en 16 á 18 milímetros, promedio señalado por Nœgele en la pelvis europea; de lo cual resulta la mayor inclinación del plano del estrecho perineal en razón de que forma un ángulo más abierto.

3º La dirección casi horizontal de la vulva y la menor longitud de la porción posterior del perineo. Siendo limitada la extensión del estrecho perineal, y midiendo 8 centímetros

la longitud de la vulva, queda para el puente músculo-aponeurótico comprendido entre la horquilla y la punta del eoxis un espaeio bastante eorto, de 4 á 6 centímetros, que eomparten el recto y el perineo entre sí; circunstancia que gráfieamente explica lo muy expuesto que está á romperse este tabique en las mexicanas, y demanda una exquisita sobrevigilaneia para evitarlo.

4º y último. Dada la anterior disposieión del estreeho perineal y la mayor inelinación del estreeho superior, la direeción del eje de los planos forzosamente tiene que ser distinta á la vez que pasar por puntos diferentes de los demareados en las pelvis del viejo Mundo.

El eje del estreeho superior, eonstituido por la perpendicular proyectada en el eentro mismo de su plano, parte de un punto algo más bajo que la cicatriz umbilical, y, prolongada su trayeetoria, pasa rozando al vértice del eoxis.—El eje del estreeho inferior, que parte del centro del plano respeetivo, no toca el punto de unión de la primera y segunda vértebras sacras, sino otro más alto vecino del promontorio, y algunas veces pasa delante de éste.

Al encontrarse los dos ejes forman un ángulo obtuso de seno muy abierto cuya inclinación respecto de la horizontal aumenta la de la curva *hipérbola* que geométricamente demarca la trayectoria del canal, de consiguiente más cóncava por el empequeñecimiento de sus primeras ordenadas, de lo cual resulta más elevada y menos declive su dirección respecto de la rama inferior; particularidad que ha de tenerse á la vista:

1º Para conducir convenientemente el dedo al hacer el *tacto vaginal* é introducir el *speculum* sin tropezar ni incomodar á la mujer.

2º Para conocer el camino que el feto naturalmente recorre en el acto del parto; y

3º Para saber el rumbo que debe seguir el contenido al extraerle con las manos solas ó armadas.

Designado ya el trayecto del eje pélvico, conocidos los elementos oseo-fibrosos que constituyen el esqueleto de la pelvis, y los blandos y depresibles que lo revisten y completan, se deduce que su forma total es la de un cilindro hueco, curvo de forma de hipérbola, cóncavo delante y convexo atrás, que matemáticamente sigue la dirección de los ejes ó líneas cuyos puntos de partida y término dejo detallados.

III

CUADRO METÓDICO

De los diámetros del ovoide constituido por el feto maduro, normalmente conformado y vivo.

Supuesto que la misión del práctico es intervenir con sabiduría y conciencia en los casos de distocia ya previstos y aun en las situaciones imprevistas, por raras é imponentes que fueren, necesario es que conozca las dimensiones de los diámetros del ovoide cefálico y las relaciones armónicas que deben existir entre ellos y los del canal, pues de no ser así, su intervención, además de importuna, será nociva á la salud y vida de la mujer y del producto.

En la siguiente sinopsis quedan consignadas estas particularidades, habiendo creido conveniente y útil establecer un parangón

entre las dimensiones medias de los diámetros, longitud y peso de los niños mexicanos, y de los alemanes, ingleses y franceses, conforme al sentir de los autores que se citan. Pero antes de ésto, y para mayor claridad, describiré el ovoide cefálico considerándole desde el punto de vista toconómico.

El feto maduro conformado normalmente y acurrucado ofrece dos partes voluminosas que merecen toda la atención del partero: la cabeza y la extremidad pélvica. La primera, aunque en apariencia proporcionalmente más pequeña que la segunda, de hecho es mayor que ella, porque á pesar de la acomodabilidad de que gozan los huesos de la bóveda craneana durante el dinamismo del parto, atendida la diversa conformación anatómica de sus esqueletos respectivos siempre resulta que es menos reducible que la pélvica, que lo es de sobra. Merced á ésto la extremidad cefálica ha sido reputada por los parteros de todos tiempos como el obstáculo más serio en el período de expulsión, aun en casos en que ella y las demás circunstancias concurrentes de por sí se presenten lo más favorable posible. Por tal motivo me detendré en describirla con minuciosidad.

Puede ser considerada como un ovoide cuyo eje mayor se extiende de la protuberancia occipital externa hasta la sínfisis de la barba, y cuyo eje menor está medido por la linea vertical que emerje de la parte más elevada del sincipucio y termina un poco adelante del agujero occipital (diámetro pretraquelo-bregmático). Este ovoide se divide en cinco regiones llamadas superior, inferior, anterior y laterales; cada una de ellas, excepto las dos últimas, se encuentra limitada por la circunferencia que corresponde á sus respectivos diámetros; así, la superior, ó bóveda del cráneo, tiene por límites los de la circunferencia occípito-frontal, y es la que más importa en el estudio actual, dado que las únicas presentaciones y posiciones correctas, en el sentir de la Escuela mexicana, son las craneanas ó de vértice; la inferior ó base del cráneo está demarcada por la circunferencia occípito-mentoniana; la anterior ó región facial, por la fronto-mentoniana, y cada una de las laterales, por la superficie triangular comprendida entre las tres precedentes.

Estas regiones ofrecen peculiaridades dignas de llamar la atención; pero la dedicaré

exclusivamente á la superior ó bóveda del eráneo que según lo dieho debe ser reputada eomo la más importante no sólo por la mayor freeueneia del abocamiento sino también por la espeeialidad de sus earaeteres. Comunmente se la divide en tres partes, anterior, media y posterior, denominadas, bregma, vértiee ó mollera, sineipueio y oeeipueio.

Está formada por la poreión escamosa del oeeipital, los dos parietales y los eoronales; es deeir, por las partes huesosas de la eabeza más elásticas háeia esa époea de la vida, euya evolueión no está terminada todavía, y mereed á eso es la región más depresible y la que eon mayor facilidad puede redueirse en el aeto del parto.

Para eomprender eómo llega á verifiearse esa redueeión, basta estudiar la disposieión relativa que ofreeen las partes eomponentes de la bóveda eraneana. Los huesos están separados por espaeios membranosos llamados suturas y fontanelas. Las primeras, que son tres, se eonoeeu eon los nombres que signen: *Sutura sagital:* es la más grande de todas, longitudinal, se extiende desde la raíz de la nariz hasta el oeeipital pasando entre los bordes superiores de los dos parietales. *Su-*

tura coronal ó fronto-parietal: transversa y anterior, corta en ángulo recto á la *sagital*, y separa al *coronal* de los parietales. *Sutura lambdoidea:* así llamada por la semejanza que afecta con la letra griega λ; es posterior, parece una bifurcación terminal de la sutura sagital: separa á la porción escamosa del occipital de los bordes posteriores de los parietales. Esta sutura no es perceptible cuando los parietales se enciman sobre el occipital.

Las fontanelas son seis: dos medianas, de las cuales una es anterior y otra posterior, y cuatro laterales é inferiores, correspondientes á los ángulos inferiores de los parietales. La única que merezca ser estudiada es la anterior y media. Denominada *fontanela bregmática*, *frontal*, *gran fontanela*, ó simplemente *fontanela anterior*, es un espacio membranoso de rómbica figura situado en el punto de intersección de las suturas sagital y coronal; es mayor que la posterior, y tiene cuatro ángulos huesosos depresibles, que con su figura y tamaño bastan para reconocerla y distinguirla.

En cuanto á la *fontanela posterior*, no existe en el feto maduro sino excepcionalmente;

es triangular y muy pequeña. En el sitio que ocupaba se tienta la depresión que naturalmente resulta de que el ángulo romo biparietal póstero-superior quede encima del ápice del occipital.

Las suturas y fontanela anterior son los mejores datos clínicos para apreciar, durante el trabajo del parto, la situación absoluta y relativa de la cabeza del feto, y la regularidad ó irregularidad de la marcha en aquel acto.

Merced á las articulaciones por cuyo medio está unido con el cuello del feto el ovoide cefálico, goza éste de movimientos rotatorios en torno de sus ejes vertical y transverso, y de movimientos oblícuos de inclinación ó lateralidad. Los de flexión y extensión, favorecidos por la articulación occípito-atloidea, se verifican alrededor del eje transversal, son bastante amplios, y gracias á eso el occipucio, ó la barba, alternativamente, llegan á ponerse en contacto con el tronco hácia adelante ó hácia atrás. Los que se cumplen en torno del eje vertical son limitados, no pueden medir más de un cuarto del círculo respectivo; lo que no debe olvidarse en ciertas circunstancias, v. gr., cuando haya necesidad

de hacer rodar la cabeza dentro del canal. Este precepto no debe transgredirse, salva una condición, cuando el tronco pueda secundar la rotación de la cabeza, so pena de sacrificar al producto. Dichos movimientos se realizan por el juego propio de la articulación atloideo-axóidea. Además de la flexión, extensión, y rotación propiamente dicha, el ovoide cefálico ejecuta movimientos de lateralidad, que son bastante extensos puesto que cada oreja alcanza á tocar al hombro respectivo.

Antes de terminar el estudio toconómico del ovoide cefálico del feto maduro, normalmente conformado y vivo, conviene fijar la atención sobre los siguientes hechos:

1º La particular disposición anatómica de la porción escamosa del occipital, unida con la basilar correspondiente por medio de una verdadera *bisagra* fibro-cartilaginosa; por tan singular artificio la escama occipital disfruta de una movilidad tal que su vértice es capaz de describir un arco cuyo centro se halla en la base tras de la articulación del atlas con el occipital.

2º La bifurcación del extremo libre del frontal, que corresponde á la gran fontane-

la, punto en que dicho hueso es muy delgado y elástico; y

3º La disposición que tienen los bordes superiores de los parietales, entre sí unidos por un puente membranoso *(sutura sagital)* que permite y facilita se encime uno sobre otro; al paso que el occipital, impulsado adelante, se oculta bajo el ángulo parietal póstero–superior, y el coronal, impulsado atrás, desaparece bajo el ángulo parietal ántero–superior.

Amenguada la cabeza por el feliz consorcio del movimiento que la obliga á doblegarse más de lo que se halla y de la superposición huesosa que acabo de describir, recorre el canal sin trabas, y expedita el paso del resto.

Los diámetros del ovoide cefálico se dividen en *longitudinales*, *transversos* y *verticales*. Los primeros son el *occípito–mentoniano*, el *occípito–frontal* y el *occípito–bregmático*. Los segundos son el *biparietal y bizigomático*; y los verticales, el *traquelo–bregmático* y el *pre-traquelo–bregmático*, cuyo estudio es de menor importancia. Los grandes diámetros longitudinales descienden y salen del canal confundiéndose con el gran eje del feto: *bajan*

y *salen de punta;* los conjugables, *descienden* conjugándose con los oblícuos del canal, y *salen* conjugándose con los longitudinales del mismo.

SINOPSIS COMPARATIVA DE LOS DIÁMETROS CEFÁLICOS, DE LA LONGITUD Y PESO DEL FETO MADURO, VIVO Y NORMALMENTE CONSTITUIDO.

DIÁMETROS (las medidas son en centímetros)	MÉXICO	ALEMANIA Nœgele y Grenser	FRANCIA Cazeaux	INGLATERRA Playfair
Occípito-mentoniano.	13,1	13,0 á 13,5	13,5	13,0 á 13,5
» frontal	11,5	11,5 á 12,0	11,5	11,5 á 12,5
» bregmático ..	08,9	09,5 á 10,0	09,5	08,5
Biparietal	09,0	09,5	09,0 á 09,5	09,0 á 10,0
» zigomático...	07,7	06,1 á 06,7	08,0	08,5
Fronto-mentoniano...	08,2	08,0	08,0	08,0
Longitud	47,6	51	50	50
Peso	2,776 grms.	3,000 á 3,500	3,000	3,000

IV

CUADRO METÓDICO

Del acomodamiento obstétrico, su mecanismo y épocas en que se verifica.

El *acomodamiento obstétrico* consiste en la adaptación de la forma del feto reducido á las más cortas dimensiones posibles, *acurrucado*, á la figura y tamaño de la cavidad uterina, y en la de la forma y dimensiones de la matriz grávida, á la figura y tamaño de la porción de la cavidad abdominal donde se aloja durante el curso de la preñez.

Figura y dirección de la cavidad abdominal.—La figura de la cavidad abdominal es irregular; cambia á cada paso por los movimientos respiratorios, por la plenitud ó vacuidad de los órganos huecos que encierra, por las diversas actitudes del cuer-

po y por otras varias circunstancias. En la estación la pared diafragmática ve abajo y atrás, se inclina un poco á la derecha, y sin cambiar de rumbo se continúa con la pared posterior, que ve ligeramente abajo y adelante hácia el estrecho superior y cara posterior de la zona hipogástrica. Cuando el diafragma y la pared anterior se contraen simultáneamente, como sucede en el acto de pujar, las vísceras móviles obedecen á la doble inclinación de las paredes superior y posterior, y consiguientemente se dirigen hácia la cavidad pélvica.

La cavidad abdominal carece de forma rigurosamente geométrica; pero como para el intento sea preciso equipararla á alguna, se ha convenido en que á la que más se acerca es la *ovalar:* amplia en la zona meridiana, menos capaz en la polar superior, y mucho menos en la inferior. La dirección de la cavidad abdominal es oblicua, abajo atrás y á la derecha; de donde se colige que todo cuerpo que se desarrollare en ella de abajo arriba tiene que dirigirse adelante y á la derecha.

Figura, relaciones y dirección del útero grávido.—La figura que el útero

toma en los últimos meses de la preñez es ovalar; la zona meridiana es la más amplia, sigue la polar superior, y después la inferior.

Las paredes superior y anterior de la cavidad abdominal son clásticas; la posterior no da de sí; en ella están insertas las vísceras del vientre, salvo el hígado, que se fija en el diafragma. De aquí resulta que la matriz grávida, en su movimiento cvolucionario, al paso que sc eleva, se ve obligada á inclinarse hácia la pared anterior, libre de estorbos y de toda inserción. Forzada por la resistencia de la columna vertcbral, obligada por su propio peso y el de las vísceras que reporta sobre y tras de sí, dirígcse hácia delante; los músculos, las aponeurosis, la línea alba y la piel van cediendo gradualmente. En las nulíparas la clasticidad es mucha, y por eso la pared dcl vientre queda tirante: en las multíparas es poca, á veces falta, y en consecuencia hay en ellas menos tirantez y aun falta absoluta de ella.

Para equilibrarse en la estación y ambulación, la mujer embarazada echa atrás la parte alta del cucrpo; con este motivo el músculo gestatorio resulta pasivamente situado en dirección del estrecho superior,

y se desvía á uno ú otro lado por exigirlo así el contacto de dos superficies redondeadas, tersas y resbaladizas, que favorecen el deslizamiento del cuerpo móvil sobre del fijo, ó lo que es lo mismo, del útero sobre la columna vertebral. El desvío á la derecha es más frecuente que á la izquierda, y esta preferencia consiste en que haciéndose la inserción del mesentereo de arriba abajo y ordinariamente de izquierda á derecha, siendo oblícua la parte superior de la bóveda diafragmática, y siguiendo la masa intestinal ese mismo rumbo, la matriz grávida, redondeada, tersa, resbaladiza, móvil é inerte, se deja colocar en el sitio donde cómodamente cabe. Una vez deslizada en tal sentido, como el borde externo de la canaladura vertebral se halla situada más atrás, se inclina hácia allí girando en torno de su eje longitudinal, de lo que resulta que la pared posterior quede viendo hácia atrás y á la izquierda, y la anterior hácia delante y á la derecha.

En suma: los órganos encerrados en la cavidad del vientre, incluso el útero grávido, se sitúan y acomodan por deslizamiento. A este fin conspiran su tersura, sus contornos

redondeados, su natural movilidad, la forma y espeeial disposición del continente. Las relaeiones anatómieas del útero ereeido y la poreión de la eavidad del vientre donde se aloja, dependen de la adaptaeión recíproea de dos formas ovalares enteramente semejantes.

Forma, dimensiones y relaciones del feto normal inclaustrado.—Proporeionalmente pequeño respeeto de la eavidad que le contiene, durante los seis ó siete primeros meses del embarazo; flotando en el líquido anmiótieo, relativamente abundante en esa époea; muy holgado, en una palabra, el feto está sometido por entonees á las leyes de la pesantez. Por su ereeiente desarrollo la holgura mengua de dia en dia naturalmente, y en la misma proporeión va disminuyendo la movilidad. Para que en lo sueesivo pueda caber, dobléganse eabeza y troneo en el sentido del plano esternal, deslízanse hácia adelante los miembros superiores, aproxímanse los brazos al troneo, y erúzanse los antebrazos; los muslos se acerean al vientre, y, préviamente eruzadas, las piernas se doblan sobre los muslos. Redueido por tan seneillo artifieio al menor tamaño

posible, *acurrucado*, afecta la misma figura ovalada de la matriz, siendo el polo pélvico relativamente más voluminoso que el cefálico; y como en esta disposición el ovoide queda deprimido hácia el plano esternal, de ahí resulta que la figura total del feto acurrucado más bien se parezca á la de un riñón. Su contorno es redondeado, terso y resbaladizo, merced á la capa sebácea que le unge.

Adaptación del feto normal acurrucado en la matriz.—Gracias al líquido amniótico, la figura de la cavidad uterina es más regularmente ovalar que la del feto acurrucado. Debido á la presión que la columna ejerce sobre la pared posterior de la matriz, la cavidad uterina adopta asimismo la forma renal. La superficie interna del gran músculo gestatorio revestida de las membranas, merced al amnios, es tersa y resbaladiza. Desde el sétimo mes empieza á disfrutar de la prerrogativa de contraerse rítmica é indolentemente, y se verifica la adaptación de las formas semejantes del contenido y continente, del feto normal acurrucado y de la matriz, conforme á esta ley llamada de acomodamiento: *Cuando un cuerpo hueco, terso,*

resbaladizo, y sujeto á contraerse rítmicamente, contiene á otro, sólido, pasivo,[1] *móvil, de contornos redondeados y superficie tersa y resbaladiza, el continente obliga al contenido á avenirse y acomodarse á su forma y dimensiones."*

Requisitos del acomodamiento normal.—Conformación regular de la cavidad abdominal y de cuanto naturalmente contiene; del canal pélvico; de la matríz, sus anexos y contíguos; del engendro, cordón umbilical, placenta, membranas, cantidad de líquido amniótico é inserción placentaria. Demás de esto, tonicidad fisiológica de los elementos contráctiles de la pared abdominal y del músculo uterino.

Anomalías del acomodamiento.—Para que el acomodamiento del feto sea irregular no es indispensable que haya un desacuerdo total entre los factores apuntados: con uno sólo de ellos que escasee ó niegue su cooperación, sobra para que asome la irregularidad. Los fetos vivos poco desarrolla-

1 La actividad vital del producto, á la que los antiguos parteros atribuyeron la propicia acomodación llamada *instintiva*, no tiene participio activo alguno en el mecanismo evolucionario de que se trata: el engendro es paciente, y el útero agente.

dos, los muertos, defectuosos, monstruosos, enfermos (hidrocéfalos, hidrópicos, v. gr.), no se avienen conforme es debido.[1] La superabundancia de aguas hace variables é inestables las presentaciones y posiciones. Estas variaciones se observan con más frecuencia en las multíparas que en las nulíparas, y generalmente eso se debe á que falta algo ó mucho de elasticidad natural á la pared abdominal y al músculo uterino. Su excesiva laxitud es causa eficiente de la *preinclinación* y *anteflexión* del útero grávido, que puede llegar á un extremo deplorable, el *vientre en alforja ó venter pependulus.*

El útero grávido es tanto más móvil cuanto más va elevándose en la cavidad abdominal; las funciones anatómicas de sus ligamentos suspensores cesan en razón á que nada debe oponerse al movimiento fisiológico evolucionario. Las vísceras del tórax y del vientre son desalojadas; su situación topográfica cambia, y cambian así mismo sus mútuas relaciones. Cual más cual menos se

1 Los fetos defectuosos, monstruosos y enfermos, no pueden acurrucarse como los normales: los muertos de ningún modo; de ahí dependen los vicios de acomodamiento que se observan en la práctica.

hacen á un lado, por cxplicarme así, para dejarle paso franco, proporcionarlc cómodo alojamicnto, y le apoyan y lc acojinan sin lastimarle ni incomodarlc. La base del cono torácico sc ensancha y la pared abdominal da de sí lo bastante. Cuando la dilatación no traspasa los límites dc lo justo, la parcd abòvedada manticne cómodamente las relaciones dc su embarazoso contenido poniendo á contribución su tono y elasticidad.

Epoca en que se inicia el acomodamiento fetal y su mecanismo.—El acojinamicnto dcbido á la metódica compresión de las vísccras contignas á la matriz grávida y á cicrto grado de tono de la pared abdominal, va haciéndose mayor cada dia: incesantcmcnte en aumento, llega la vcz en que ni física ni fisiológicamcnte hablando puede pasar adclante. Entonccs la resistencia de la pared diafragmática y de la pared abdominal, el pcso de las vísceras y del útero mismo, impulsan á éste á que baje y sc encaje tanto cuanto es posible en la embocadura dcl canal pélvico. A la sazón la zona polar inferior dc la matriz da de sí, cede, sc afloja, y coopera á la ampliación de la capacidad uterina. El producto acurrucado obe-

dece al empuje, y obedeciendo al par á los movimientos rítmicos que en el músculo gestatorio se despiertan, de una manera puramente pasiva aviene su polo pélvico al más amplio, al fondo, y el cefálico, al menos capaz, al segmento inferior de la matriz; de lo que natural y muy sencillamente resulta el abocamiento longitudinal cefálico ó sea la *presentación cefálica.*

Las contracciones rítmicas continúan en la tarea de ir acomodando el resto de la forma del contenido á la del continente. La región dorsal del feto cabe mejor delante que detrás, siendo el útero más capaz allí que aquí, conforme lo expuesto. La cabeza doblegada secunda el movimiento de rotación del tronco, y merced á ésto la región occipital rueda hácia adelante, por lo que la fronto-bregmática torna atrás. El movimiento rotatorio total alrededor del gran eje se detiene luego que el plano dorsal ve á derecha ó izquierda, y su colocación oblicua se debe á que la forma redondeada de la columna vertebral puede tolerar de paso únicamente la situación directamente anterior: el equilibrio estático directo, ahí es físicamente imposible. La columna lumbar y el promonto-

rio sacro-vertebral son, pues, los *reguladores del movimiento acomodativo* en el sentido preciso de alguno de los diámetros oblicuos del estrecho superior ó embocadura del canal. El mutuo avenimiento de las formas de la cabeza y del perímetro del estrecho es también lógico y natural: cada uno de los óvalos, que tienen por gran eje los diámetros oblicuos derecho é izquierdo, es más amplio anterior que posteriormente; la región occipital, por el hecho mismo de ser la más voluminosa de la cabeza doblegada, se aviene mejor con la más capaz, situada adelante; la fronto-bregmática, por el de ser la menos, con la reducida, que queda detrás: ésto constituye la *posición.*

Las situaciones oblicuas dorso-anteriores son más frecuentes, y respectivamente más común la izquierda (*o. i. i. a.*), llamada *primera posición de vértice:* sigue la derecha (*o. i. d. a.*), denominada *segunda.* Cuando por cualquier motivo se detiene el movimiento rotatorio, el dorso queda atrás, de donde vienen otras dos posiciones designadas *tercera y cuarta de vértice:* de entre éstas, la tercera (*o. i. d. p.*) es más frecuente que la cuarta (*o. i. i. p.*)

Resultados de la falta de acomodamiento regular, y causas que la motivan.—Todo lo relativo al acomodamiento fetal débese á un trabajo complexo cuya tarea imperiosamente exige el armonioso concurso de los factores arriba señalados. Luego que uno ó varios de ellos dejan de concurrir falta la congruencia, y el efecto tiene que ser otro que consiste en diversos géneros de adaptación que ni son los preferidos por la naturaleza ni tampoco por el arte, que adopta y lleva por lema: "acatar sumiso los preceptos y reglas de su sabia maestra." *De la falta de acomodamiento normal provienen las presentaciones pélvicas, transversas, oblicuas, faciales*; y dicha falta puede ser de dos maneras, *inmediata* ó *primitiva*, y *mediata* ó *consecutiva*, según que el abocamiento se verifique anormalmente desde un principio, ó que, debidamente hecho en su origen, sobrevenga luego irregularidad. *La clínica dia á dia enseña que hay hechos de una ú otra especie.*

La adaptación anómala, sea de la especie que fuere (con cortas excepciones que confirman la regla general), impide que el desembarazamiento ó parto se ejecute lo más sencilla y llanamente posible. La iniciación

y el proseguimiento del trabajo se verifican en medio de escabrosidades y peligros de que con frecuencia son víctimas madres é hijos según una larga y dolorosísima experiencia lo tiene demostrado. La fuerza curativa de la naturaleza, que tratándose del parto suele ser portentosa, no autoriza la contemporización en aquellos casos que se haya podido hacer el exacto diagnóstico de cualquiera especie de abocamiento anómalo, porque á nadie le es dado adivinar si oportunamente hará ó no la corrección, ó si no haciéndola, sobrepujará y allanará los tropiezos sacando avantes al fin á madre é hijo. Entre la expectación y la corrección artificial, á la altura de perfeccionamiento á que por fortuna ha llegado en México la última, ni es lícita, ni cabe la perplejidad.

El arte tiene arbitrios inofensivos y eficaces, con cuyo auxilio, dígase lo que se dijere, se consigue que las mujeres den á luz sus hijos en presentación cervical, á mi ver la sola y única irreprochablemente fisiológica.[1]

1 No faltan personas que pongan en duda y hasta nieguen lo hacedero y eficaz de la corrección obstétrica de los abocamientos incorrectos, ó sean las presentaciones pélvicas, transversales y faciales. La mejor contestación que puedo darlas es remitirlas á

Corolarios.—I. Durante los primeros siete meses de la preñez la situación del feto es variable y no transcendental.

II. En las nulíparas, desde el 7º, y en las pluríparas, desde el 8º, empieza el trabajo natural de acomodamiento.

III. Los factores que concurren al acomodamiento regulado del feto son los siguientes: conformación normal y funcionamiento fisiológico regular de las cavidades abdominal, pélvica y uterina, de las vísceras que encierran, la matriz, sus anexos y contiguos, inclusive. Conformación normal del huevo en lo tocante á la forma y dimensiones del producto, longitud del cordón umbilical, inserción placentaria, y cantidad proporcionada de líquido amniótico.

IV. La potencia acomodativa reside en el

lo que muy por menor expuse en una Memoria que leí ante la Academia de Medicina en la sesión del dia 4 de Julio de 1883, titulada "Resumen Clínico y Estadístico de lo que en México llevo practicado en catorce años, 1869 á 1883, para divulgar, acreditar y generalizar la corrección por maniobras externas en los casos que el feto no se presenta naturalmente por el vértice" (*Gaceta Médica*, tomo XVIII, páginas 221 á 232), que ha merecido los honores de la reproducción en el extranjero, é invitarlas á que concurran á la Casa de Maternidad donde pueden cerciorarse de la verdad de mis asertos.

músculo uterino, y se revela por una serie de contracciones rítmicas, indolentes casi siempre, y excepcionalmente dolorosas. El producto de concepción es inerte é inactivo en lo tocante á su acomodamiento.

V. Los movimientos acomodativos son regularizados por la columna vertebral y el promontorio, y de ahí proviene que el abocamiento sea longitudinal cefálico-oblicuo, y corresponda á alguno de los cuatro compartimientos uterinos: *o. i. i. a; o. i. d. a; o. i. d. p; o. i. i. p.*

VI. El acomodamiento irregular es efecto ineludible de la mengua ó falta total de uno ó algunos de los factores señalados (III y IV.)

VII. La pérdida total ó parcial de la tonicidad de la pared del abdomen y del músculo uterino, obra de la pluriparidad ó de algunas otras causas, comunmente origina abocamientos viciosos, ó sean los *pélvicos, faciales, y de tronco.*

V

CUADRO SINÓPTICO

De las presentaciones y posiciones del feto y de los procedimientos para diagnosticarlas.

El conocimiento exacto de las *presentaciones* y *posiciones* del feto y de los admirables movimientos acomodativos que el útero le obliga á ejecutar durante la marcha regular del desembarazamiento eutócico, es la base inconmovible de las reglas toconómicas de la intervención facultativa, sea de la especie que fuere, en los casos de distocia previstos y en las situaciones imprevistas, trátese de los partos peligrosos, de los difíciles ó de los imposibles: sólo con su auxilio es dable oponer al mal ó al obstáculo con que se tropiece el remedio conveniente.

Las regiones toconómicas del feto maduro

acurrucado, son cinco: *crancana ó del vértice, facial, pélvica, del plano lateral dcrccho y del plano latcral izquierdo.* El abocamiento de cualquiera de ellas con el estrecho superior se denomina *presentación*, y se divide en correcta é incorrecta. *Conforme á lo establecido en el Cuadro anterior* (IV) *la única presentación corrccta es la dc vértice, é incorrectas todas las demás.*

Llámase *posición*, la relación anatómica que se establece entre un punto convencional determinado de la región presentada, y alguno de los cuatro que sirven de mira en el estrecho superior: las dos *eminencias ilio-pectíncas* y las dos *sínfisis sacro-ilíacas.* Los de las regiones presentables son: el *occipital* en las de vértice, el *frontal* en las faciales, el *sacro* en las pélvicas, el *acromio derecho* en las del plano lateral derecho, y el *acromio izquïerdo* en las del plano lateral izquierdo.

En México, la frecuencia relativa de las presentaciones es como sigue: vértice, pélvica, de los planos laterales, y facial. La de las posiciones es así: ilíaca izquierda anterior, ilíaca derecha anterior, ilíaca derecha posterior, ilíaca izquierda posterior, que se denominan 1ª., 2ª., 3ª., 4ª.

SINOPSIS Y CUADRO MNEMOTÉCNICO

DE LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES.

PRESENTACIONES.		POSICIONES.
Craneana ó de vértice.	Occípito	Ilíaca izquierda anterior.
		Ilíaca derecha anterior.
		Ilíaca derecha posterior.
		Ilíaca izquierda posterior.
Pélvica	Sacro	Ilíaca izquierda anterior.
		Ilíaca derecha anterior.
		Ilíaca derecha posterior.
		Ilíaca izquierda posterior.
Planos laterales......	Acromio	Ilíaca izquierda dorso-anterior (1ª del hombro derecho).
		Ilíaca derecha dorso-anterior (1ª del hombro izquierdo).
		Ilíaca derecha dorso-posterior (2ª del hombro derecho).
		Ilíaca izquierda dorso-posterior (2ª del hombro izquierdo).
Facial	Fronto	Ilíaca izquierda anterior.
		Ilíaca derecha anterior.
		Ilíaca derecha posterior.
		Ilíaca izquierda posterior.

CUADRO MNEMOTÉCNICO

PRESENTACIONES.	POSICIONES.	
Occípito, sacro, fronto...	Ilíaca izquierda anterior.....	1ª
	Ilíaca derecha anterior......	2ª
	Ilíaca derecha posterior.....	3ª
	Ilíaca izquierda posterior....	4ª

PRONTUARIO DE LA MANERA DE DIAGNOSTICAR LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES POR MEDIO DE LA PALPACIÓN.

La clínica muestra que el acomodamiento fetal se verifica del sétimo al nono mes del embarazo, y muy comunmente con más anticipación en las nulíparas que en las multíparas: por tanto, ese es el período hábil para diagnosticar la presentación y posición, y el á propósito para intentar y llevar á cabo la corrección de todo abocamiento incorrecto. La manera de proceder á lo primero es muy sencilla.

Previamente vaciados recto y vejiga (preliminar indispensable de toda maniobra ú operación toconómica), y, si posible fuere, cuando el estómago esté también desocupado, sobre una cama ni alta ni baja ni muy mullida se acuesta á la mujer en decúbito dorsal, próxima al borde del lecho donde sc coloque el observador, cuidando de que la cabeza repose sobre una almohada que la levante cómodamente sin molestar la circulación ni la respiración; de que los miembros superiorcs estén situados á los lados del cuerpo; de quc el vientre esté libre de toda suje-

ción, descubierto desde arriba del pubis hasta el epigastrio (práctica hospitalaria), cubierto por la camisa ó una sábana de lienzo delgado sin almidonar (práctica civil), y de que los miembros inferiores se sitúen doblados y separados lo suficiente, á fin de que los músculos abdominales se relajen cuanto se pueda y haya espacio bastante para examinar la gran pelvis y la porción accesible del estrecho superior. Antes que nada se inspecciona la forma del vientre, y luego se averigua la sensibilidad, tensión y grueso de la pared abdominal, á cuyo fin se hace un pliegue con una ó las dos manos. En seguida se extienden éstas, se aplican transversalmente juntando los pulgares sobre la región umbilical, y se deslizan lenta y suavemente en sentido opuesto, una hácia el epigastrio, y otra hácia el hipogastrio, midiendo la longitud del tumor, y dándose cuenta, á la vez, de las particularidades relativas á su consistencia, forma, situación y dirección. Esto concluido, y partiendo siempre de la región umbilical, vuelven á aplicarse las manos juntas, mirando las extremidades de los dedos hácia el hipogastrio, y poco á poco se deslizan separadamente en dirección de uno y

otro flanco, con la mira de averiguar la latitud del tumor y las particularidades que se refieren á su consistencia, forma, situación y dirección. Después, en la propia disposición, se imponen en el flanco lejano (el izquierdo si el facultativo se sitúa á la derecha de la mujer y vice versa), se deslizan, siempre lenta, metódica y suavemente en el sentido del flanco opuesto ó próximo, abarcando la mayor extensión posible, combinando el deslizamiento con la presión, la sucusión y el traqueo palmares, á fin de apreciar de nuevo lo anteriormente dicho, y, á más, la naturaleza constitutiva del tumor; quiere decir, si es sólida, líquida ó mixta, y dado caso que fuese lo último, si el cuerpo sólido flota en el líquido; los sitios ocupados por uno y otro; las proporciones relativas de éste y aquel; el tamaño, forma y movilidad del primero; la figura de sus desigualdades, si las tuviese; sus proporciones, contornos, movilidad ó fijeza; si se mueven solas, *deslizamientos*, *choques*, *sobresaltos*, denominados *movimientos del feto reflejos ó propios*, ó si únicamente obedecen al movimiento que se les imprime. Acto continuo, abiertas las manos, los cuatro últimos dedos juntos y separado el oponente ó pulgar,

fórmense dos compases de espesor, crúcense los antebrazos como acostumbran hacerlo los pianistas, aplíquese uno de ellos en la región baja del tumor y otro en la alta, y, situados allí, comprímase con moderación para apreciar comparativamente el tamaño, la figura y resistencia de las extremidades del tumor sólido; la situación que la inferior tenga en la gran pelvis; su proximidad al estrecho superior; si encaja en él, y si está móvil ó fijo; si no encaja, adónde descansa, sobre el pubis ó en la fosa ilíaca derecha ó izquierda; datos que, justa y debidamente apreciados, sobran para diagnosticar, además de la existencia ó ausencia del embarazo, las situaciones absoluta y relativa del producto ó sea la *presentación* y la *posición.*

Cuando con ayuda del artificio que acabo de detallar se encuentre un tumor de contenido mixto, y el sólido tenga desigualdades proporcionalmente grandes y pequeñas, contornos redondeados y angulosos, dos extremidades ó polos esferoides, uno mayor que otro, aquel más depresible que éste por lo común; tumor flotante y móvil en el líquido que le baña, trátase de un embarazo, de seguro, pues no existe tumor alguno que ofrez-

ca como él el cabal conjunto de esos caracteres.

Lo que dejo preceptuado es un prontuario del *modus faciendi* en caso de abocamiento longitudinal del engendro: fácil es de colejirse, supuesto lo dicho, que el procedimiento es adaptable á las demás presentaciones longitudinales y transversales, siempre que los fetos fueren accesibles por supuesto. Con efecto: á fuerza de estudio y perseverancia, por medio de la palpación metódica consíguese diagnosticar pronto y bien el sitio preciso en que está situado el feto; adónde se hallan la cabeza y el extremo pélvico; adónde el dorso y el plano esternal; si la extremidad cefálica se halla doblada ó extendida; los puntos del estrecho superior hácia los cuales miran los puntos toconómicos de las regiones presentadas; la parte del vientre en que la mujer siente con mayor claridad los movimientos fetales cuando el producto está vivo; si existe uno ó si son varios; cómo están situados con relación al huevo y á la embocadura del canal pélvico; particularidades todas que mucho interesa conocer en la práctica del arte, porque ellas y sólo ellas pueden razonadamente ser los fundamentos de

un atinado pronóstico, el punto de partida de una acertada intervención ó de una prudente expectativa: en suma, lo que normar debe la conducta de cualquiera persona que tome á su cargo la guarda de una madre y del fruto de su vientre. Pensar de otra manera y fiarse en el acaso, hoy por hoy, es dar muestras de supina ignorancia, y hacerse responsable ante Dios y la ley, por faltar á la previsión, sólido y firme cimiento de todo acto facultativo ó profesional.

Varios motivos pueden obstar á la realización de este designio, sin embargo. Todos ellos pueden reducirse á uno: la *inaccesibilidad del producto*. Una pared abdominal excesivamente tensa ó muy gruesa; un derrame ascítico considerable; un tumor, de esta ó aquella naturaleza, interpuesto entre la pared del vientre y la matriz; una vejiga asaz repleta de orina; un huevo hidrópico (hidropesía del amnios), pueden alejar tanto al feto, que le pongan en el caso de ser inaccesible: mas debe tranquilizarnos la consideración de que estos casos son raros, algunos superables y otros no; para estos últimos no cabe más que la resignación, en vista de que nadie está obligado á lo imposible.

DATOS CLÍNICOS QUE SIRVEN PARA DIAGNOSTICAR POR LA PALPACIÓN LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES.

Primero.—EMBARAZO SIMPLE.—Presentaciones: longitudinales *A;* transversales *B;* oblienas *C* (por extensión).

A. El diámetro longitudinal del útero es mayor que el transverso y los oblieuos.

B. El diámetro transverso es mayor que el longitndinal y los oblieuos.

C. Uno de los diámetros oblieuos es mayor que el otro, y también mayor que el longitudinal y el transverso.

Las presentaeiones longitudinales y las situaciones oblieuas pueden ser eraneanas ó de vértiee, faciales y pélvieas; las transversales, que son las llamadas *de tronco*, pueden ser del plano lateral dereeho ó del plano lateral izquierdo. Todas ellas se diagnostiean por medio de la palpaeión eon los datos que siguen:

EMBARAZO ÚNICO.

PRESENTACIONES LONGITUDINALES.			POSICIONES.
A. El diámetro longitudinal del útero es mayor que el transverso y los oblicuos	**De vértice.** Cabeza en el hipogastrio (occipucio), sigue un cilindroide pequeño (nuca), después un cilindroide mayor (dorso), y un tumor voluminoso, depresible (extremidad pelvica).	**Plano esternal atrás**	Plano resistente adelante y á la izquierda..1ª Plano resistente adelante y á la derecha..2ª
	De la extremidad pélvica. Cabeza en el fondo del útero; le siguen la nuca, el dorso y las nalgas situadas en la área del estrecho superior.		Plano resistente adelante y á la izquierda..1ª Plano resistente adelante y á la derecha..2ª
	De cara. Cabeza en el estrecho superior, más grande (sincipucio); siguen un hundimiento angular, el dorso y las nalgas.		Plano resistente adelante y á la izquierda..1ª Plano resistente adelante y á la derecha..2ª
	De vértice. En el hipogastrio se puede tocar la región frontal. Tumor voluminoso y depresible en el fondo del útero (extremidad pélvica).	**Plano dorsal atrás**	Plano esternal adelante y á la izquierda...3ª Plano esternal adelante y á la derecha...4ª
	De la extremidad pélvica. La cabeza se toca en el fondo del útero, y la región tangible es mayor que en las posiciones anteriores (región fronto-bregmática)		Plano esternal adelante y á la izquierda...3ª Plano esternal adelante y á la derecha...4ª
	De cara. Se palpan el cuello (regiones antero-laterales) y la mandíbula en el hipogastrio; en el fondo la extremidad pélvica.		Plano esternal adelante y á la izquierda...3ª Plano esternal adelante y á la derecha...4ª

PRESENTACIONES TRANSVERSALES Ó DE TRONCO.

B. El diámetro transverso del útero es mayor que el longitudinal y los oblicuos	Cabeza (occipucio) en la fosa ilíaca izquierda, plano resistente adelante (1ª del hombro derecho)..........1ª Cabeza (occipucio) en la fosa ilíaca derecha, plano resistente adelante (1ª del hombro izquierdo)..........2ª Cabeza más tangible (región fronto-bregmática) en la fosa ilíaca derecha, plano esternal adelante (2ª del hombro derecho)..........3ª Cabeza más tangible (región fronto-bregmática) en la fosa ilíaca izquierda, plano esternal adelante (2ª del hombro izquierdo)..........4ª

C. Por lo que toca á las situaciones oblicuas, basta adaptarles lo dicho respecto de los abocamientos longitudinales, de contado relacionándolas primeramente á cada uno de sus respectivos diámetros, que se dirigen: el derecho, de la fosa ilíaca homónima al hipocondrio izquierdo, y el izquierdo, de la fosa ilíaca izquierda al hipocondrio derecho; y después, á los compartimientos en que se considera dividido el ovoide uterino, designados así: izquierdo anterior, derecho anterior, derecho posterior é izquierdo posterior, que resultan de las secciones toconómicas hechas por un plano longitudinal mediano y otro transverso que le corta en ángulo recto.

Segundo.—EMBARAZO MÚLTIPLE (gemelar, triple, cuádruple).—Las presentaciones son siempre longitudinales; pueden ser *homónimas:* las dos craneanas ó las dos pélvicas, ó *heteronimas*, una craneana y otra pélvica, una de vértice y otra facial. En ambos casos los engendros siempre se acomodan en compartimientos opuestos, de lo que resulta que sus respectivas posiciones sean naturalmente encontradas entre sí.

Hé aquí los datos clínicos que se utilizan para verificar el diagnóstico:

EMBARAZO MÚLTIPLE.

EMBARAZO GEMELAR.

El diámetro transverso del útero es igual al longitudinal.

1er tipo: Un feto se aboca por el vértice (1ª posición), otro por la extremidad pélvica (3ª posición). Se toca una cabeza en el hipogastrio, á la que siguen la nuca, el dorso y las nalgas, situados en el compartimiento anterior izquierdo; otra cabeza más accesible (región fronto-bregmática) en el fondo del útero á la derecha, y sigue el plano esternal hasta la fosa ilíaca derecha.

2º tipo: Los dos fetos se abocan por la extremidad cefálica: uno en 2ª posición, otro en 4ª.—Se palpa una cabeza en la excavación ó el estrecho y otra en la fosa ilíaca izquierda; en el compartimiento anterior derecho se toca un plano resistente, y en el costado izquierdo otro, también resistente, acostando á la mujer en decúbito lateral derecho; arbitrio á que debe recurrirse siempre que estando el dorso atrás quiera uno llegar á él.

3er tipo: Los dos fetos se abocan por la extremidad pélvica: uno en 1ª posición, otro en 3ª.—En el fondo de la matriz se tientan dos cabezas; la derecha es más voluminosa, y sigue el plano esternal; la izquierda menos, y sigue el plano resistente.

En los embarazos más complexos las particularidades fetales se encuentran triplicadas ó cuadruplicadas.

PRONTUARIO DE LA MANERA DE DIAGNOSTICAR LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES DEL FETO Ó DE LOS FETOS POR LA AUSCULTACIÓN.

La auscultación obstetricial no sólo sirve
para averiguar si el producto ó productos
yacentes están vivos ó muertos, si su circu-
lación es normal ó anómala, sino se usa tam-
bién para diagnostiear la *presentaeión* y la *po-
sición:* la auscultación obstetrieial es, pues,
un medio auxiliar poderoso para ratificar ó
rectificar el juicio clínico formado por medio
de la palpación.

La auscultación es inmediata ó mediata,
según que se emplee la oreja sola, ó se use
el estetoscopio. Es preferible hacerla media-
ta, primero, *por deeencia*, y segundo, *por eon-
venieneia.* El estetoscopio circunscribe más
cómodamente y mejor el punto adonde se
halla el máximum de los latidos, porque apli-
cándole perpendicularmente en un sitio da-
do y comprimiendo sin incomodar la región,
acerca y junta la pared del vientre á la ute-
rina, y ésta al dorso del feto, desalojando la
capa de líquido amniótico que de ella natu-
ralmente le separa; ventajas que no tiene la
aplicación de la oreja sola. El estetoscopio
refuerza los latidos del corazón fetal, y au-

menta á la vez la facultad auditiva merced á que el observador no se ve precisado á inclinar la cabeza tanto como cuando la aplica directamente. Con el estetoscopio, por último, se puede seguir de una manera, por decirlo así, matemática, el sentido de la mayor trasmisión; computar el número de los latidos, apreciar su intensidad, timbre y ritmo, y si existe ó no soplo concomitante isócrono fugaz ó permanente; particularidades todas de la más alta significación clínica.

La postura toconómica de la mujer que se somete á la auscultación obstetricial es varia: decúbito supino, y lateral derecho é izquierdo. En los abocamientos longitudinales y transversos anteriores la mujer debe tener extendidos los miembros inferiores, tanto para aproximar más, por efecto de la tirantez que resulta, la pared abdominal á la uterina, cuanto para mayor comodidad del operador, que así está libre de estorbos. En los transversos posteriores, como hay necesidad de que el pabellón del instrumento se acerque lo más posible á la región dorsal, es absolutamente indispensable procurar que la pared abdominal dé de sí cuanto pueda, y ésto sólo se consigue doblando mucho las piernas sobre los muslos y estos sobre aquella.

La palpaeión abdominal practicada de antemano es la mejor brújula para proeeder derechamente con método. En la situación acurrucada del feto la región auseultable es el dorso. Aplieado el estetoseópio donde se halle, y supuesta la existeneia de latidos fetales (feto viviente), búsquese el punto preeiso en donde se esenchen más eereanos y más claros, y luego el rumbo que marque su mayor transmisión. Para el logro del primer intento deben auseultarse eon orden las diversas regiones del vientre, por delante y detrás, haeiendo que al principio del exámen la mujer se acueste en deeúbito supino, y despues, sueesivamente, en decúbito lateral dereeho é izquierdo. *Exeusado es deeir que la absoluta falta de latidos del corazón fetal es el signo más seguro de la muerte del produeto.*

Si el máximum de intensidad de los latidos estuviere en eualquiera de las regiones de la pared anterior del vientre, el aboeamiento es dorso-anterior, y la posieión 1ª. ó 2ª., según que corresponda al lado izquierdo ó al derecho. Si por el contrario está en las regiones látero-posteriores derecha ó izquierda, la presentaeión es dorso-posterior, 3ª. y 4ª. posieiones. Partiendo siempre del máximum de intensidad, si los latidos se conti-

núan más hácia arriba que lateralmente y abajo, la presentación es *crancana* (vértice) ó *facial* (cara); si se prolongan más hácia abajo, *pélvica*, y si transversalmente, de *tronco*.

Cuando el máximum se halle en las fosas ilíacas, la presentación es de vértice ó de tronco, diferenciándose una de otra en que los latidos se propagan más hácia arriba, en el primer caso, y transversalmente, en el segundo. Si dicho punto estuviese adelante é izquierda, es 1ª posición de ambas presentaciones; si adelante y á derecha, 2ª; 3ª si atrás y á derecha, y 4ª si atrás é izquierda.

En los casos que dicho punto se encuentre en la línea umbilical, hácia la mitad anterior de los flancos, y los latidos se propaguen arriba más que en cualquiera otra dirección, la presentación es de *cara:* respecto á las posiciones, siguen el orden antes marcado.

Si el máximum estuviere arriba de la línea umbilical, hácia la mitad superior de los flancos, y se prolongaren más hácia abajo, el abocamiento es *pélvico;* en cuanto á las posiciones, siguen el mismo orden que en las otras presentaciones.

Para mayor inteligencia de esto pongo á continuación el

CUADRO SINÓPTICO DE LA AUSCULTACIÓN OBSTETRICIAL.

REGLAS GENERALES

1ª Para auscultar al feto en las posiciones dorso anteriores, se acuesta á la mujer en decúbito supino.
2ª Para auscultar al feto en las posiciones posteriores (menos las de tronco), debe acostarse en el decúbito lateral opuesto al compartimiento en que se encuentre el dorso.
3ª Para auscultar al feto en las posiciones posteriores de tronco, debe aplicarse el estetoscopio en el fondo del útero y dirigirle oblicuamente á fin de acercarse al dorso

ADVERTENCIA.—Las circulaciones fetal y materna no son isócronas.

EMBARAZO ÚNICO.

	PRESENTACIONES.	POSICIONES.
Máximum de los latidos en la fosa ilíaca.	**De vértice.** Se transmiten más hácia arriba que abajo y transversalmente.	Foco de auscultación adelante y á la izquierda.. 1ª Foco de auscultación adelante y á la derecha.. 2ª Foco de auscultación atrás y á la derecha...... 3ª Foco de auscultación atrás y á la izquierda.... 4ª
	De tronco. Se propagan más transversalmente que arriba y abajo	Foco de auscu'tación adelante y á la izquierda.. 1ª Foco de auscultación adelante y á la derecha.. 2ª Foco de auscultación atrás y á la derecha...... 3ª Foco de auscultación atrás y á la izquierda.... 4ª
Máximum de los latidos en la zona supra-umbilical.	**De la extremidad pélvica.** Se propagan más hácia abajo que arriba y transversalmente..	Foco de auscultación adelante y á la izquierda.. 1ª Foco de auscultación adelante y á la derecha.. 2ª Foco de auscultación atrás y á la derecha...... 3ª Foco de auscultación atrás y á la izquierda.... 4ª
	De cara. Se propagan más hácia arriba que abajo y transversalmente..	Foco de auscultación adelante y á la izquierda.. 1ª Foco de auscultación adelante y á la derecha.. 2ª Foco de auscultación atrás y á la derecha...... 3ª Foco de auscultación atrás y á la izquierda.... 4ª

EMBARAZO MÚLTIPLE.

EMBARAZO GEMELAR.

Advertencia.—Los latidos de dos ó más corazones fetales no son isócronos.

Primer tipo. Un feto se aboca por el vértice (1ª posición).	Foco de auscultación en la fosa ilíaca izquierda, y los latidos se propagan más hácia arriba que abajo y transversalmente.
Otro por la extremidad pélvica (3ª posición).	Foco de auscultación hácia atrás y á la derecha, región supra-umbilical, y los latidos se transmiten más hácia abajo que arriba y transv.te
Segundo tipo (los dos fetos se abocan por el vértice). Uno en 2ª posición....	Foco de auscultación en la fosa ilíaca derecha, y los latidos se propagan más hácia arriba que abajo y transversalmente.
Otro en 4ª posición....	Foco de auscultación en la fosa ilíaca izquierda, hácia atrás, y los latidos se propagan más hácia arriba que abajo y transversalmente.
Tercer tipo (los dos fetos se abocan por la extremidad pélvica). Uno en 1ª posicion....	Foco de auscultación adelante y á la izquierda, región supra-umbilical, y los latidos se propagan más hácia abajo que arriba y transvers.te
Otro en 3ª posición....	Foco de auscultación atrás y á la derecha, región supra-umbilical, y los latidos se transmiten más hácia abajo que arriba y transversal.te

En los embarazos más complexos se oirán tres ó cuatro focos antitéticos y no isócronos.

DIAGNÓSTICO DE LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES POR MEDIO DEL TACTO VAGINAL.

El diagnóstico de las presentaciones y posiciones del feto por medio del tacto vaginal tiene un campo de aplicación limitadísimo, que se halla por menor detallado en los Tratados de Obstetricia. La Escuela Mexicana únicamente emplea este recurso para averiguar la marcha y sucesión de los fenómenos dinámicos del parto, y bajo tal punto de vista le considera superior á cualquier otro medio (Véase el Cuadro núm. VII). En estas circunstancias sólo el dedo puede darse cuenta de si los movimientos de la región abocada se verifican con la regularidad y orden debidos; si el trabajo progresa ó se detiene, y en este último caso, cuál es el óbice que complica, dificulta ó se opone á la marcha normal del desembarazamiento; si se halla en el canal, el feto ó sus anexos, y si exige la intervención ó la expectativa.

VI

CUADRO SINÓPTICO

De las leyes fundamentales de la dinámica del trabajo del parto en todas las presentaciones y posiciones del feto.

Los fenómenos mecánicos del trabajo del parto tienen por objeto adaptar, lenta, sucesiva y favorablemente los diámetros del ovoide fetal á los del canal pélvico, á fin de que su expulsión tenga lugar de una manera natural y feliz para la madre y el hijo.

Este estudio es otro de los más importantes. Por medio de él, el práctico podrá allanar las más veces los obstáculos auxiliando ó supliendo á la naturaleza en los casos de distocia. Sin él, su intervención es no sólo importuna é ineficaz, sino lo que es peor todavía, *dañosa y hasta criminal*, puesto que su impericia expone la salud y la vida de la mujer y del producto.

En el parto natural, sea cual fuere la presentación y la posición de un feto fisiológicamente desarrollado, no hay más que un mecanismo; sólo los productos muertos ó pequeños dan lugar á excepciones irregulares. La dinámica del parto, ora natural, ora artificial, se reduce únicamente á que de una manera ú otra se combinen los movimientos de descendimiento y rotación, de modo que alguna de las regiones del cuello del feto resulte al fin simétrica y exactamente colocada tras de la pared anterior de la excavación pélvica, ó sea el cuerpo del pubis: *la anterior en la presentación de cara, la posterior en las de vértice y nalgas, y las laterales derecha é izquierda en las de los hombros derecho é izquierdo,* si se tratare de la evolución natural ó manual. La razón de esta admirable clave es, que siempre que el cuello resulte situado así, necesariamente tienen de quedar afuera del recinto del canal alguna de las dos extremidades de los diámetros longitudinales mayores de la cabeza, el *occípito-mentoniano* y el *occípito-frontal:* acortados entonces, la porción de ellos que está dentro de dicho recinto no puede oponer ya dificultad alguna á los movimientos subsecuentes, flexión y

extensión en torno del diámetro biparietal, y sale la cabeza por justos motivos considerada supremo obstáculo del desembarazamiento áun en los partos eutócicos.

Es de advertir que los fenómenos mecánicos del parto nunca se suceden en el orden que son descritos en los libros de texto, sino que se combinan entre sí, de manera que acomodada la cabeza, v. gr., y, reducida por la contracción del segmento inferior de la matriz, desciende luego y va girando, á la vez, hasta que llega al piso perineal, donde á poco comienza á doblarse ó á extenderse, según es la presentación, y sale del canal.

1º—PRESENTACIÓN DEL VÉRTICE.

Movimientos.

1º **Diminución de volumen.**—La cabeza se reduce por el armónico concurso de varias circunstancias: 1ª, urgida por la fuerza de impulsión del cuerpo y fondo de la matriz, la cabeza se doblega hasta más no poder, y de ahí resulta que la circunferencia sub-occípito bregmática reemplace á la sub-occípito frontal, aquella menor que ésta. 2ª, urgida por la resistencia activa del segmen-

to inferior del órgano, el borde de uno de los parietales se encima en el que tiene al lado, y los ángulos truncos del coronal y occipital se hunden bajo los correspondientes bi-parietales ántero y póstero superiores, de lo que resulta que disminuya algo más el volumen de la cabeza. 3ª y última. Sometido el ovoide fetal, la cabeza á la vanguardia, á la fuerza resultante de la potencia uterina, la resistencia pasiva del canal óseo opera sobre ella y sobre todo lo que ha de salir después á la manera de los cilindros de un *laminador* ó los agujeros de una *hilera;* quiere decir, que reduce aun más, y *amolda* á su forma, la del cuerpo que le recorre. De un lado se tiene la forma, el volumen, la situación, la elasticidad, la compresibilidad y lo resbaladizo del cuerpo empujado: del otro, la forma, la capacidad, la resistencia y lo resbaladizo del canal; añádase esto á aquello, y se dará uno cuenta de la eficacia de la *vis a tergo*, ó sean los dolores expulsivos durante el dinamismo del parto, así como de la virtud de la *vis a fronte* (conducción por medio del fórceps) cuando á ella se recurre por necesidad.

2º **Descendimiento.**—La cabeza des-

liza por el canal hasta tocar con el vértice al piso perineal.

3º **Rotación.**—El occipital gira hácia delante hasta que la pared posterior del cue-llo se pone en relación con la del pubis. El tamaño de los diámetros longitudinales de la cabeza disminuye porque su extremidad occipital sale por el arco púbico.

4º **Extensión.**—La cabeza hace un movimiento de báscula en torno del diámetro bi-parietal apoyándose en el arco del pubis y sale de la vulva.

EXCEPCIONES.—El parto por el vértice se resuelve naturalmente en posición *occípito-posterior-oblicua* ó *posterior-directa*, cuando el feto es pequeño ó la pelvis proporcionalmente amplia: únicamente así pueden hacer el movimiento de báscula los diámetros sub-occípito-mentoniano y bregmático, sin que alguna de sus extremidades salga antes fuera de la excavación. En tales casos la flexión se exagera mucho, la región fronto-bregmática se apoya en el pubis, y el perineo se retrae y desliza por la nuca.

5º **Expulsión del tronco.**—El hombro anterior gira hácia delante y se coloca bajo del arco del pubis; el posterior recorre la

curva sacro-perineal y se desprende el primero. Otro tanto sucede con respecto al diámetro bi-ilíaco.

2º—PRESENTACIÓN DE LA EXTREMIDAD PÉLVICA.

(La presentación pélvica es la cefálica abocada con el estrecho superior por su base.)

1º **Diminución de volumen y flexión.**—Este movimiento tiene el mismo objeto que en el parto por el vértice.

2º **Descendimiento.**—La extremidad pélvica desliza por el canal pélvico hasta que llega al piso perineal.

3º **Rotación y salida del tronco.**—El diámetro bi-ilíaco gira para ponerse en relación con los longitudinales del canal: la extremidad anterior se encaja bajo del arco del pubis; la posterior recorre la curva sacro-perineal y se desprende la primera. Lo propio sucede con el diámetro bi-acromial.

4º **Rotación de la cabeza.**—La región occipital gira adelante hasta que la de la nuca se pone en relación con la cara posterior del pubis. El occipital se sitúa sobre la sínfisis, lo que disminuye el tamaño de los diámetros longitudinales de la cabeza, puesto

que su extremidad cervical se halla arriba del estrecho superior fuera del perímetro del canal.

5º **Expulsión de la cabeza.**—La cabeza hace un movimiento de báscula, toma punto de apoyo sobre el cuerpo del pubis, gira en torno del diámetro bi-parietal y sale de la vulva.

EXCEPCIONES.—Si la presentación es sacro-posterior-oblicua y el occipital no gira adelante, la región fronto-bregmática se apoya en la pared posterior del pubis, la flexión se exagera, y se verifica el desprendimiento.

ADVERTENCIA.—Cuando el feto es pequeño natural ó accidentalmente *(falta de desarrollo, parto prematuro)*, los movimientos mecánicos se hacen sin dificultad y el parto termina felizmente para madre é hijo; pero si el producto se ha desarrollado del todo, por lo común hay que auxiliar á la naturaleza durante la expulsión de la parte superior del tronco y de la cabeza, para evitar que sucumba, pues su vida está amenazada desde el momento que se rompen las membranas y se derrama el líquido amniótico. ☞ *La salida del meconio no es un epifenóme-*

no de esta presentación, como equivocadamente se ha supuesto, sino un indicio cierto de la asfixia del feto; por tanto, es necesario intervenir.

3º—PRESENTACIÓN DEL TRONCO.

☞ **Siendo imposible este parto en la generalidad de casos, la regla es ejecutar la versión podálica bipolar.** (Véase el cuadro relativo.)

EXCEPCIONES: 1ª *Versión natural.*—Bajo el influjo de las contracciones orgánicas de la matriz, unas veces la extremidad cefálica (común), otras la pélvica (rara), se aboca con el estrecho superior antes que se insinúe el trabajo del parto, ó durante él, antes ó después de que se hayan roto las membranas. Los fenómenos mecánicos consecutivos, en uno y otro caso, son iguales á los que han lugar en el parto por el vértice ó por la extremidad pélvica.

2ª *Evolución natural.*—Condiciones. *Feto pequeño ó muerto, pelvis amplia, contracciones orgánicas enérgicas.*

Movimientos.

1º **Diminución de volumen.**—Como en las otras presentaciones.

2º **Rotación del tronco.**—El diámetro

longitudinal del feto abandona al diámetro oblicuo del estrecho superior con quien está en relación: la extremidad cefálica gira adelante hasta situarse sobre la rama horizontal del pubis, y la pélvica hácia la concavidad sacra, lo que no puede verificarse sin que el tronco se doblegue antes en el sentido del plano que se halle presentado.

3º **Descendimiento.**—La parte lateral del cuello se pone en relación con la cara posterior del pubis y el hombro se encaja bajo del arco.

4º **Flexión y expulsión del tronco.**—El tronco se dobla mucho más aún para disminuir su longitud; las nalgas recorren la curva sacro-perineal y salen de la vulva.

5º **Expulsión de la cabeza.**—El desprendimiento de los hombros y de la cabeza ha lugar como en el parto por la extremidad pélvica.

4º—PRESENTACIÓN DE LA CARA.

Movimientos.

1º **Diminución de volumen y extensión de la cabeza.**—La circunferencia fronto-mentoniana reemplaza á la mento-bregmática. Aunque se dice que después

de ejecutado este movimiento la presentación es más favorable, en realidad no es así, porque la reunión de la región occipital y de la superior del tronco arriba del estrecho superior da lugar á que la extremidad cefálica se aboque siempre de una manera desfavorable; por esto es tan lenta y dificultosa la marcha de este parto.

2º **Descendimiento.**—La cabeza desliza y desciende únicamente hasta tres y medio centímetros debajo del estrecho superior, pues la longitud del cuello no le permite bajar más.

3º **Rotación.**—La barba gira adelante hasta que la región anterior del cuello se pone en relación con la pared posterior del pubis. El tamaño de los diámetros longitudinales disminuye al momento en que la barba sale del arco púbico.

4º **Flexión.**—La cabeza gira en torno del diámetro bi-parietal teniendo por punto de apoyo el arco del pubis, y sale de la vulva.

EXCEPCIÓN.—El parto por la cara sólo puede resolverse en posición *mento-posterior* ó *convertirse en la de vértice occípito-anterior* en el interior del canal, cuando el feto está muerto, es muy pequeño, ó la pelvis muy

amplia; de otro modo es físicamente imposible que los diámetros sub-occípito-bregmático y mentoniano puedan ejecutar allí el movimiento de báscula en torno del bi-parietal.

5º **Expulsión del tronco.**—El tronco es expulsado conforme al propio mecanismo del parto por el vértice.



VII

CUADRO METÓDICO

Que resume la importancia del tacto vaginal durante el trabajo del parto.

Conseguidas una vez á fuerza de estudio y perseveraneia, primero la perfección, y después la divulgación del método de diagnostiear la situación estátiea del produeto inelaustrado *(presentaciones y posiciones)*, por medio de la palpaeión sola, ó ayudada de la auseultaeión, no tuve reparo en abandonar, tanto en la enseñanza elíniea, euanto en la práetiea diaria, el antiguo y únieo eamino que antes de eso había para llegar al mismo punto, aunque no siempre ni á tiempo ni en todas cireunstancias, visto lo limitado de su alcance: el tacto vaginal, hecho eon el índiee ó con el índice y medio de una ú otra mano. Juzgado con imparcialidad el medio

abandonado, es inconcuso que aunque muchas veces sabía corresponder al intento poniendo las situaciones de manifiesto con la exactitud deseable, otras, y no pocas, dejaba al práctico perplejo, sumido en la más cruel de las incertidumbres. Esto sucedía, por de contado, cuando era humanamente imposible conseguir tocar con el dedo algo siquiera que correspondiese á la parte que se abocaba, pidiéndosele entonces más de lo que en derecho y en razón podía exigírsele. De aquí provenía que el práctico quedase á obscuras, que desconociese la situación y no se apresurara á remediar el mal existente con oportunidad, tal y como hoy se hace, gracias á Dios. Las consecuencias de semejante ignorancia á ocasiones eran terribles y funestas para madres é hijos.

Mas no por eso abandonéle del todo en la enseñanza y práctica obstétricas. Recomendéle, en cumplimiento de mi deber, como el arbitrio sin rival para averiguar la regularidad ó irregularidad del trabajo del parto, para reconocer punto á punto la manera con que durante esta función han lugar y se suceden los fenómenos fisiológicos y dinámicos; en una palabra, mostréle á la faz de mis

discípulos como el solo faro con quc ha de contar el piloto encargado durante la travesía por el eanal pélvico, de velar por el feliz arribo del viajero que, tras largo y á veees penoso viaje, llega al término de él y toca al únieo puerto de entrada de este mundo.

POSTURA DE LA MUJER.—La exploraeión por medio del tacto vaginal puede haeerse eolocándola de pié ó acostándola: una y otra posturas tienen ventajas manifiestas. En el primer easo, se la apoya de espaldas eontra un mueble resistente, abierta de piernas, é inclinado ligeramente el euerpo háeia adelante. En el segundo, se la acuesta longitudinalmente en supinación, lo más cerea posible del borde del leeho, eon las piernas abiertas y dobladas en ángulo recto.

POSTURA DEL PARTERO.—Si el reeonocimiento ha de practicarse colocada la mujer en primera postura, el partero sc arrodillará delante de ella, ó mejor se sentará en una de esas sillas bajas, vulgarmente llamadas costureras: pero si se ha de hacer en segunda, el partero se pondrá de pié al lado mismo donde se halle la mujer. Es de advertir que el lado será indiferente euando el observador haya cuidado, por

su propio interés, de adestrar una y otra mano por igual, quiero decir, cuando sea ambidextro.

Sea cual fuere la postura, debe llevarse la mano exploradora directamente por entre los muslos de la mujer, ungido el índice (ó el índice y medio cuando fuere preciso alargar el primero para alcanzar mejor) con grasa ú otra sustancia que la sustituya (glicerina, vaselina), en dirección del perineo. Al propio tiempo se aplica la otra mano sobre el fondo de la matriz para erguirla si fuere necesario *(preinclinación y anteflexión uterinas)*, ó únicamente para fijarla y empujarla hácia abajo, con lo cual se logra acercar al dedo la región por explorar. Situado el borde externo de éste á lo largo del perineo, se doblan los demás y se separa el pulgar cuanto se pueda, luego se desliza aquel hácia adelante, hasta que la yema llegue y toque la comisura posterior de la vulva. Después se le impulsa suavemente de delante atrás, haciéndole entrar poco á poco, tomando nota de cuanto encuentre en su camino, desde la entrada hasta donde alcance. Para tocar con la yema y cara palmar del dedo, en cuyos sitios está mejor vinculada la facultad

táctil, imprímense á la mano movimientos metódicos de rotación de derecha á izquierda y vice versa. Para ejecutar con plena libertad y expedición todos estos movimientos ni apoyará el codo sobre una de las rodillas cuando la exploración se haga estando la mujer de pié, ni sobre el colchón, en caso de que estuviese acostada: quienes dicen semejantes cosas, precisamente aconsejan lo contrario de lo que debe hacerse. *Por regla general, las manos del partero deben estar sueltas siempre.* Cuando el tabique perineal oponga obstáculos al arribo del dedo explorador hasta la altura que se necesite, ésto se subsana desdoblando los tres últimos y comprimiendo á aquel con el borde externo del medio, si estuviere afuera, ó con el del anular, si acompañare al índice para verificar la exploración.

En el estudio que se haga de la vulva y sus dependencias se evitará á todo trance tocar al clítoris, tanto porque no es necesario, cuanto porque así lo exigen la honestidad y la decencia. En el trato con las damas el partero tiene que dar siempre pruebas de caballerosidad y de la más refinada pulcritud. Las mujeres se pagan de estos mira-

mientos debidos á su sexo, y por lo mismo conviene no echar en saco roto estas advertencias.

El tacto rectal á veces puede ser necesario, porque por esa vía puede alcanzarse algo más que por la vagina. En tal virtud, debe recurrirse á él cuando se considerare preciso.

El tacto vaginal nos da reseñas:

A, sobre el canal pélvico;

B, sobre el segmento inferior de la matriz;

C, sobre el huevo.

A. Canal pélvico.

- Esqueleto ..... (Pelvimetría digital).
  - Normalidad.— Amplitud.
  - Estrechura intrínseca (vicios de conformación).
  - Estrechura extrínseca (exostosis, encondromas, etc.)
  - Movilidad del coxis.
  - Inmovilidad del coxis.
- Partes blandas
  - Nuliparidad.
  - Pluriparidad.
  - Estado de la mucosa.
  - Sensibilidad.— Humedad.—Temperatura.— Flexibilidad.— Rigidez. — Calibre.
  - Tumores diversos.—Várices.—Trombus.— Repliegues.
  - Cistócele.— Rectócele.
  - Prolapso de la matriz.
  - Vacuidad ó plenitud del recto y de la vejiga.

B. Segmento inferior de la matriz.

- Consistencia, volumen, forma, situación y dirección del cuello uterino.
- Dilatación ó dilatabilidad del orificio cervical y del vaginal.
- Situación del orificio uterino.—Su espesor, sensibilidad.
- Oclusión, estrechura, flexibilidad, rigidez, espasmo del orificio.
- Particularidades del fondo vaginal.—Forma.—Integridad.—Rotura.
- Placenta previa.—Central.—Marginal.
- Exudados.—Fisiológico.—Patológicos.

C. Huevo.

- Feto...
  - Desde el punto de vista estático.
    - Volumen y encaje de la región presentada.
    - Su posición y situación regular ó irregular (inclinaciones y anomalías).
    - Consistencia y forma pormenorizada de la porcion tangible.
    - Partes procidentes (miembros, cordón umbilical).
    - Fijeza ó movilidad de lo que procide.—Latidos de los vasos del cordón y su ritmo.—Ausencia de éstos.
    - Algunas hemiterias y monstruosidades (hidrocefalia, acefalia, etc.)
  - Desde el punto de vista dinámico.
    - Tiempo y modo con que se verifican ordinalmente los fenómenos dinámicos.—Su continuación ó suspensión.—Causas que durante el pasaje de la cabeza por el canal se oponen á su proseccucion.
- Anexos
  - Membranas.
    - Existe ó no existe la fuente?—Su amplitud y forma.—Consistencia de las membranas.
  - Cordón ....
    - Su caida.—Si está libre ó comprimido.—Caso de estarlo, si late ó no.—Si late, cuál es su ritmo.

VIII

CUADRO METÓDICO

De la corrección de las presentaciones viciosas del feto, practicada por medio de maniobras externas.

Aunque en algunos Tratados de Obstetricia y en varios artículos y monografías, al hablar de la higiene del embarazo, se han hecho importantes referencias acerca de la corrección de las presentaciones de tronco y de asentaderas, con la mira de evitar los inconvenientes y peligros de la distocia que naturalmente emerge de esas actitudes viciosas, ha querido la desgracia que el preconizado antídoto no haya pasado de ahí, encallando en Academias y Sociedades, donde, teóricamente visto, le han puesto á un lado, dizque en consideración á las muchas trabas que las más veces hay para hacer un diag-

nóstico cierto de la presentación y posición del feto, según unos; en consideración á las dificultades inherentes al manual operatorio, según otros; en consideración á lo imposible que suele ser, á ocasiones, colocar y mantener fijo al producto en la situación nuevamente dada, según éstos; en consideración á la inutilidad (por no decir ociosidad) de tales maniobras, vistos los esfuerzos titánicos de la naturaleza, y los infinitos y portentosos recursos que arbitra y pone en juego en los casos más raros é intrincados que figurarse pueda: y cuando nó, vista la eficacia de los medios toconómicos ó tocúrgicos (eso hace poco al caso) en la relativa mayoría de los hechos que los demandan. En México, la corrección por maniobras externas, aunque muy discutida y contradicha (penoso me es decirlo) por uno que otro profesor incompetente para juzgar con acierto en cuestiones de esta naturaleza, tiene acreditadas de tal manera su utilidad y ventajas, que con razón de sobra ocupa preferente lugar en la enseñanza clínica de la Casa de Maternidad, y dia á dia adquiere más boga en la capital de la República y los Estados de la confederación.

No en balde, la Escuela Mexicana tiene ya como verdad bien sentada, como positivo dogma científico, que *con ayuda de maniobras toconómicas inofensivas y de facil ejecución, puede lograrse que las mujeres bien conformadas y cuyos partos se ajusten estrictamente á la funcionomía fisiológica que regula dicha evacuación, den á luz á sus hijos sin otros tropiezos que los que de por sí emergen del parto natural ó de vértice;* el único á la luz de una crítica sana irreprochablemente fisiológico; el único, dígase lo que se quiera, natural en su dinamismo y resultados, y el único preferido, por ende, por parturientes y parteros. Los argumentos aducidos, que se reducen á los cuatro capítulos que apuntados dejo arriba, son baladíes y especiosos, y los hechos que pueden oponérseles (más de doscientos hasta ahora) son su mejor respuesta: *Lo que se muestra no ha menester demostración.*

Precedido de un epítome de las ideas fundamentales sobre que apoyo mi manera de ver, seguirá el prontuario del modo de hacer las correcciones denominadas *conversión, inversión y regularización.*

EPÍTOME DE LAS IDEAS FUNDAMENTALES DE ESTA NUEVA PRÁCTICA.

1ª El parto natural irreprochablemente eutócieo sólo se observa en las presentaciones cefálicas occípito-anteriores *(1ª y 2ª de vértiee)* y cuando en las occípito-posteriores *(3ª y 4ª idem)* el movimiento de rotación hácia adelante es tan eompleto, que la 4ª se torna 1ª, y la 3ª, 2ª de vértice.

2ª En los abocamientos cefálicos oecípito-posteriores los partos no son irreprochablemente eutócicos ó fisiológicos, cuando el movimiento de rotación hácia adelante no sólo no ha lugar, sino que se hace en sentido contrario; quiere decir, hácia atrás. *Diehos partos son difíeiles en las multíparas, y difíciles y peligrosos en las nulíparas.*

3ª El parto en presentación pélvica suele ser eutócico en las multíparas; pero, generalmente hablando, es peligroso y difícil en multíparas y nulíparas.

4ª El parto en abocamiento de tronco es físicamente imposible. Aunque á última hora, y bajo ciertas condiciones, imposibles de prever y determinar de antemano, la naturaleza suele ejecutar la versión ó la evolu-

ción impropiamente llamadas *espontáneas*, es imprudente contar con ellas. No es de prácticos sensatos y juiciosos, tratándose de materias graves, atenerse á eventualidades y contingencias.

5ª El parto por la región facial es posible en ciertas circunstancias, en particular si las posiciones fueren fronto-posteriores (3ª y 4ª), y si en las fronto-anteriores (1ª y 2ª) un amplio movimiento de rotación lleva á la barba bajo el arco del pubis.

6ª El parto en 1ª y 2ª posiciones de la región facial (fronto-anteriores), si la barba no gira hácia adelante, es imposible. Cuando se verifica sin este requisito, sea que la cabeza haya bajado extendida, sea que al ir bajando la presentación facial se trueque en cervical, el fenómeno se explica, ó porque la cabeza es relativamente pequeña, ó porque una vez muerto el producto sus tejidos oponen una resistencia superable.

7ª Vistos y comprobados los peligros y dificultades de que por su índole misma están erizados los partos cuando los fetos maduros, vivos y bien conformados, no se presentan por la región cefálica, la sola idea de pretender que los abocamientos pélvicos, de

tronco y faciales se conmuten en abocamiento de vértice, es loable.

8ª Si dicha pretensión es practicable; si tanto el procedimiento general como las maniobras especiales no demandan grandes esfuerzos y son de óbvia ejecución; si en nada comprometen ni la salud ni la vida de madres é hijos; y, por último, si son coronados de éxito, el procedimiento y los métodos preconizados como profilácticos deben ser librados á la circulación en la práctica obstetricial y adoptados amplísimamente.

9ª El procedimiento general consiste en una manipulación exterior bipolar, que realiza la *conversión* en los abocamientos oblicuos y de tronco, la *inversión* en los pélvicos, y la *regularización* en los faciales y cervicales inclinados.

10ª Como la aptitud para el acomodamiento del feto, ó sea su acomodabilidad, se halla matemáticamente correlacionada con su movilidad, claro es que el resultado será tanto más seguro, cuanto el producto esté más tierno, y menos tiempo se pierda en inútiles esperas, perplejidades y vacilaciones. En negocios de esta transcendencia vale más siempre proceder, antes que después, temprano

que tarde. Desde el mes 7º hasta el 9º, y, áun durante el parto, mientras la fuente subsista intacta, hay mucho trecho para ejecutar la correccion: pero, repito, como quiera que la movilidad del engendro está en razón inversa de su desarrollo, la prudencia y conveniencia de consuno, aconsejan arreglar las cosas lo más distante posible del fin de la preñez.

Para disminuir las dificultades inherentes á estas manipulaciones, las mujeres estarán precisamente en ayunas y con el recto y vejiga vacíos.

11ª En vista de las positivas ventajas de esta práctica, divúlguese cuanto se pueda, que fenecido el 7º mes es muy conveniente que *toda embarazada se haga reconocer por un partero entendido, á fin de que con la debida anticipación y en su oportunidad arregle lo que hubiere por arreglar.*

12ª Como la inmovilidad del feto, que obsta y hasta puede oponerse á la ejecución del artificio, suele provenir de otras causas que no sean el desarrollo del producto ni la relativa escasez de aguas, como v. gr., la preñez gemelar, la cortedad natural ó accidental del cordón, las adherencias entre el feto y su en-

voltura, después de reiterados fracasos de prudentes tentativas correccionales, quedan formalmente contraindicadas y proscritas la conversión, la inversión y la regularización por maniobras externas. Tan prudente consejo tiene por mira impedir á toda costa los funestos efectos de la violencia, que fácilmente podría ocasionar la despegadura total ó parcial de la placenta, la rotura de la matriz ó del cordón umbilical.

La cortedad accidental del cordón llevada hasta cierto grado se revela por un soplo isócrono de la circulación fetal, el cual desaparece si cesa la causa compresiva que le produce, y persiste lo mismo y con iguales caracteres si continúa.

13ª El dolor de vientre y las contracciones uterinas dolorosas que á ocasiones sobrevienen después de la manipulación, corrígense con quietud, aplicaciones tópicas narcóticas y anestésicas, lavativas laudanizadas é inyecciones hipodérmicas de una sal de morfina.

14ª y última. Para el aseguramiento de las ventajas que se obtienen merced á las operaciones cuya generalización he solicitado el primero, se ponen coginetes ó compre-

sas graduadas en los flancos, y se fijan con un vendaje circular, que luego se adapta y ajusta á la forma del vientre con alfileres de seguridad. Cada dos dias, ó antes si urgiere, se examinará si el feto continúa ó no en la situación que se le puso. Si todo estuviere en orden, nada se hará; si hubiere algo que merezca corregirse, corríjase, y después aplíquese la faja. Por último, insístase en las correcciones y en la revisión hasta estar seguros de que todo se halla en condiciones satisfactorias.

PREÁMBULO INDISPENSABLE SOBRE LA MANERA DE PRACTICAR LAS CORRECCIONES.

Dicho queda que las maniobras externas con cuyo auxilio se realiza la corrección de los abocamientos viciosos, han de ser *bipolares*: esta designación gráfica expresa con toda claridad que el ejecutante ha de tomar con la fijeza y mesura apetecibles los polos del ovoide fetal, é imprimirle los movimientos que den por resultado final su regular colocación en el recinto de la cavidad uterina y la embocadura del canal óseo llamado estrecho superior.

La conmutación de un abocamiento transverso ú oblicuo en otro de vértice irreprochable, se denomina *conversión;* la de un abocamiento pélvico en cefálico regular, *inversión;* y la de uno facial ó cefálico inclinado en cervical franco, *regularización.*

La dislocación correctiva sólo ha de hacerse en el sentido de la flexión, ó sea del plano esternal del feto: lo contrario sería impropio é irracional. Como cualquiera de los abocamientos de vértice occípito-anteriores (1ª y 2ª posición) inconcusamente son más favorables que los occípito-posteriores (3ª y 4ª), se procurará que al estar ejecutando la dislocación bipolar del ovoide, las manos le impriman á la par movimientos calculados, de manera que por la armónica combinación de unos y otros se consiga siempre lo que se desea, á saber, la situación del dorso y occipucio del feto adelante, á derecha ó izquierda, lo cual es indiferente.

La postura más favorable á la vez que la más á propósito en que debe ponerse á la embarazada en quien se vaya á practicar una corrección, sea de la especie que fuere, es la siguiente: en ayunas, con el recto y vejiga vacíos, bajo las cubiertas de un lecho no

muelle, angosto, medianamente alto, y vestida sólo con camisa y caracol, se acostará longitudinalmente y en supinación, con las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre el vientre, separadas lo más que pueda, y respirando boquiabierta; con cuyas precauciones se consigue dé de sí suficientemente la pared abdominal. La parte alta del tronco y la cabeza deberán estar cómodamente situadas, y puestas de manera que por una leve flexión de la columna dorsal también den de sí la pared diafragmática y la zona alta de la abdominal. Cuando se practique la *regularización*, la parte alta del tronco deberá estar situada más baja que las caderas, lo que se realiza levantándolas por medio de un cojín resistente, pero no tan duro que lastime ó incomode.

En cualquiera de las especies de corrección, mientras el ejecutor se encarga de hacer las maniobras bipolares, conviene que una *persona idónea* practique el tacto uterino, siempre á través del segmento inferior de la matriz, *y nunca á través del cuello*, tanto por el riesgo que se corre de excitarle, cuanto por ser innecesario é inconducente. Bien educada la facultad táctil, el dedo que recorre

el segmento inferior, percibe con la precisión y claridad apetecibles todo cuanto necesita para orientarse y no andar á tientas durante la maniobra.

CONVERSIÓN CEFÁLICA.—*Procedimiento del autor.*—En los abocamientos transversos y oblicuos la cabeza puede estar á la derecha ó á la izquierda y el dorso mirando adelante ó atrás. Cuando el dorso vea adelante *(1ª del hombro derecho y 1ª del hombro izquierdo)*, previa puntual observancia de las reglas generales expuestas, el operador con una mano tomará la cabeza y con otra el extremo pélvico, y á la vez que empuje hácia abajo á la primera, dirigiéndola al estrecho superior, levantará al polo opuesto conduciéndole al fondo ó segmento superior de la matriz. Logrado ésto, y asida la cabeza por la nuca, procurará encajarla y acomodarla, de modo que manteniéndola siempre doblada, el diámetro sub-occípito-frontal se conjugue con cualquiera de los oblicuos del estrecho (el lado importa poco). Concluido eso, se rectificará lo hecho por medio de la palpación abdominal, de la auscultación y del tacto vajinal, y si los datos adquiridos por su medio fuesen favorables, dése por terminada la maniobra

y sin tardanza procédase á fijar al producto en su nueva y favorable situación absoluta y relativa. El mejor medio para conseguirlo económica y fácilmente consiste en la aplicación de una venda de lienzo resistente y suave, que se aviene á la forma del vientre prendiéndola con alfileres, como se dijo arriba. Dos ó más compresas graduadas colocadas en los sitios convenientes, quiere decir, donde sea necesario reducir la capacidad uterina, son complementos indispensables del vendaje: contribuyen á inmovilizar al producto, manteniéndole quieto en la misma situación que se le puso.

Cuando el plano esternal se hallare adelante *(2ª posición del hombro derecho y 2ª del izquierdo)*, interesa mucho fijarse en los detalles del manual operatorio, porque muy bien podría suceder que realizada una vez la conversión, el producto resultase abocado por el vértice en posiciones occípito-posteriores *(3ª y 4ª de vértice)*, menos favorables que las occípito-anteriores *(1ª y 2ª idem)*, especialmente en las nulíparas. Para evitar este escollo, al movimiento de dislocación bipolar ya descrito, hay que añadir otro movimiento rotatorio alrededor del eje longi-

tudinal del ovoide, el cual, obligado á girar á derecha ó izquierda, al fin resulta colocado con el dorso adelante y el plano esternal atrás, lo cual se consigue poniendo nimio cuidado en lo que se hace, y armonizando los movimientos de traslación y rotación.

Si durante la maniobra sobrevinieren contracciones intermitentes indolentes ó dolorosas, el operador se limitará entretanto á mantener fijo al feto en la situación que le cojan, y pasadas que fueren, insistirá, é insistirá más, hasta dar cima á la empresa.

Inversión cefálica.—*Procedimiento del autor.*—Teniendo presente lo anteriormente dicho respecto de la *conversión*, el operador toma al ovoide fetal por ambos polos, y bien asido así, le impulsa hácia el fondo de la matriz con objeto de alejar al pélvico de la emboeadura del canal y dar al todo mayor movilidad. En seguida procede á ejecutar la inversión doblegando al producto en el sentido natural de la flexión, ó sea por el plano esternal, procurando al propio tiempo bajar la cabeza y subir las nalgas acompasadamente, poco á poco y no de una vez; terminado ésto, encaja y acomoda á la primera en

el estrecho, y fija definitivamente la posición conforme se lo indiquen la palpación, la auscultación y el tacto vaginal, que, hecho durante la maniobra por el ayudante, deberá ser repetido por el operador mismo para mayor seguridad.

Cuando la primitiva situación sea dorso-posterior (*3ª y 4ª pélvicas*), con hacer las cosas según queda dicho basta para que por completo cambien y mejoren las situaciones absoluta y relativa del feto; pero cuando sea dorso-anterior *(1ª y 2ª pélvicas)*, para lograrlo, hay algo más que hacer, pues no haciéndolo la posición resultará occípito-posterior, menos ventajosa que la occípito-anterior. Ese *algo* consiste, en que tomado el ovoide por sus polos, y ya alejado del estrecho, al irle doblegando, las manos le impriman un movimiento giratorio en torno del eje longitudinal, á fin de que el dorso, primitivamente situado adelante, después mire atrás, y luego resulte adelante; y el pecho, que ve atrás, primero se dirija adelante, y en difinitiva quede atrás. Combinando los movimientos de rotación y revolución, consíguese que el abocamiento cervical ó de vértice sea siempre *dorso-anterior*. Resta sólo fijar la posi-

ción de la cabeza doblada, y conjugar el diámetro sub-occípito-frontal con cualquiera de los oblicuos del estrecho. Rectificadas las cosas, asegúrase la nueva colocación por medio de compresas graduadas bien distribuidas y la venda, que se procura avenir á la forma del vientre prendiéndola con alfileres de seguridad.

REGULARIZACIÓN CEFÁLICA.—*Método y procedimiento del autor.*—Además de observar las reglas generales establecidas para ejecutar la *conversión* y la *inversión*, debe tenerse presente que para hacer con mayor facilidad (hablo de las *difíciles facilidades* de la práctica) la regularización que se desea, anticipadamente importa colocar en declive á la matriz, de modo que el fondo quede más bajo que el segmento inferior. Preparadas así las cosas, desde luego el producto cesa de gravitar sobre la embocadura del canal; si el dislocamiento es mucho, sale la porción encajada: suponiendo que no llegue á salir toda, al menos se afloja y moviliza lo suficiente. De cualquier modo que sea, el zafar la parte encajada, reporta siempre ventaja, porque todo cuanto tiende á acrecer la movilidad en estos casos, expedita las manio-

bras; el operador, entonces, sin grandes trabajos ni esfuerzos podrá transformar un abocamiento facial en craneano, un abocamiento inclinado en otro de vértice franco é irreprochable. Todo listo, mientras con una mano toma el tronco y empuja al ovoide fetal hácia el fondo de la matriz, con otra coge la cabeza, procura sacarla del estrecho, y una vez fuera de él la doblega ó endereza, según lo exija el caso; incontinenti manda retirar el cojín, impulsa al todo hácia el estrecho, termina el acomodamiento del craneo, y, previa rectificación por los tres caminos conocidos, asegura el éxito con el vendaje y las compresas conforme dije al tratar de la *conversión* é *inversión*.



IX

CUADRO SINÓPTICO

De los signos que caracterizan la marcha regular del sobreparto y

CUADRO METÓDICO

De los cuidados que demandan la puérpera y el recién-nacido.

Llámase puerperio ó sobreparto al tiempo que inmediatamente sigue al parto, en el cual los órganos de la generación y los demás del organismo de la mujer, que sufren modificaciones ó trastornos durante el embarazo, retornan al estado normal, y se establece la secreción láctea. La mayor duración de este período es seis semanas ó cuarenta dias poco más ó menos.

Para la mejor inteligencia de lo que va á seguir, cs conveniente saber antes lo que

pasa en la matriz en los últimos dias de la preñez y en el acto del alumbramiento.

a. Cerca del término del embarazo, la capa profunda de la mucosa uterina prolifera, entre otros objetos, para facilitar el despegamiento de la capa superficial ó interna llamada *caduca.*

b. El huevo al desprenderse, arranca y lleva consigo á la mayor parte de la *caduca* ó porción superficial hipertrofiada de la mucosa: este es el hecho más común; ó la arranca toda, en cuyo caso, menos frecuente que el anterior, el tejido muscular queda desnudo, los vasos distribuidos bajo de la mucosa son desgarrados, y consiguientemente de las heridas brota sangre. En uno que otro hecho la caduca intacta permanece adherida á la capa profunda proliferante.

c. El desprendimiento de la placenta fetal ocasiona necesaria é inmediatamente la rotura de algunos de los senos que en su parte principal constituyen la placenta materna. Los senos rotos vierten sangre.

d. A las soluciones de continuidad ya dichas, hay que agregar las desgarraduras del orificio uterino, de la horquilla, y de la vagina y el perineo en ciertas ocasiones.

e. Cuando las heridas que he mencionado, desde un principio quedan sometidas á las leyes ordinarias de cicatrización regular, el reparo de la herida placentaria es beneficiado singularmente por la retracción de la matriz, que al reducirse ciega el calibre de los vasos.

f. Una vez desprendida parcial ó totalmente la caduca, continúa la proliferación de celdillas, y aparece sobre la superficie desnuda una capa exudativa blanca.

g. La materia exudada se mezcla con la sangre reciente ó antigua acumulada en la cavidad de la matriz, y forma lo que se designa con los nombres de *purga*, *purgación* ó *loquios uterinos:* mézclase también con los desechos que proceden de las heridas del orificio uterino, la vagina y la vulva, y á eso se añaden los que provienen de la mucosa vulvo-vaginal; de lo cual resulta un todo heterogéneo, variable en cantidad y calidad, denominado *loquiorrea*.

Durante las primeras horas que siguen al alumbramiento, sale sangre pura, líquida y coagulada; después, y sucesivamente, un líquido seroso de olor *sui géneris*, desagradable pero no fétido; olor que sube de punto,

que se torna amoniacal, repugnante y nauseabundo, por falta de aseo, ó lo que es más común, por causas morbosas, unas más graves que otras, pero todas serias y dignas de la más escrupulosa atención. Del tercero al cuarto dia la *loquiorrea* toma un tinte amarillejo, luego cenizo, en seguida blanco, y francamente purulento del sexto al octavo.

Vistos con el microscopio, los loquios presentan caracteres que varían según el tiempo en que se les estudia. El primer dia son sanguinosos, relativamente fluidos, contienen muchísimos glóbulos rojos, pocos leucocitos, y grande ó corto número de celdillas epiteliales procedentes de la mucosa vaginal. Del segundo al tercero merma la cifra de los glóbulos rojos, y en proporción crece la de los leucocitos; en los subsecuentes aumenta más y más su número, de modo que del octavo al décimo aquellos son escasos y la masa principal se compone de leucocitos y celdillas epiteliales pavimentosas. Raro es que en los loquios se encuentren celdillas prismáticas procedentes del revestimiento uterino; pero no lo es que se hallen abundantes granulaciones en medio de los elementos celulares. Más adelante la secreción

se reduce á una materia mucosa, espesa, amarilleja, ceniza ó blanquecina, que mengua por grados, y dura tres ó cuatro semanas en las mujeres que crían, y cuatro ó cinco en las que no. Demás de eso encuéntranse con frecuencia elementos del *Leptothrix*. Cuando alguna afección puerperal se desarrolla en los órganos de la generación ó en algún otro de la economía, los loquios se vuelven sanguinosos, áun cuando los glóbulos rojos, por razón del tiempo transcurrido, no formaren ya parte del desecho, y aparecen muchas granulaciones aglomeradas, parecidas á los *Leptothrix*, las cuales resisten á la acción de la potasa.

Aunque de pocos años acá los micrologistas y parteros han hecho estudios prolijos para definir las granulaciones parasitarias observadas en los loquios, con la loable mira de encontrar indicaciones relativas á la diagnosis de las enfermedades puerperales, en vista de que los micro-organismos señalados existen á la par en casos de puerperio fisiológico y patológico, sin otra diferencia que la cantidad, menor en el primero que en el segundo, pues en cuanto á su calidad siempre es la misma (el *Diplococcus micro-*

bio piogénico, de Mr. Pasteur; el *coccus* aislado; ó en sartas, *Streptococcus*), el problema permanece en su sér primitivo, quiero decir, envuelto en la más completa obscuridad.

Al estudio de la loquiorrea hay que agregar el de otras particularidades referentes al puerperio fisiológico ó normal. En la fisonomía y en la apostura de la mujer se retrata el bienestar general; el vientre, laxo, está indolente; la transpiración es general y abundante; las evacuaciones alvina y urinaria son naturales; la de los loquios no molesta ni se acompaña de esos cólicos uterinos llamados *entuertos;* la respiración es sosegada; el pulso late 80 veces por minuto (promedio); la temperatura axilar oscila entre 37° y 38°; por último, el apetito es bueno, hay poca sed, sueño tranquilo, y la secreción láctea se establece definitivamente del tercero al cuarto dia sin que la preceda ni acompañe la calentura, impropiamente llamada *fiebre de leche*, según diré adelante.

El partero que no quiera verse sorprendido alguna vez por cualquiera de las manifestaciones del *envenenamiento puerperal*, deberá inquirir diariamente (y en tiempo de epidemia *tífica, puerperal y erisipelatosa*, con más

frecuencia) lo relativo á cada uno de los puntos de la sinopsis anterior: el escrupuloso examen de todos ellos le pondrá siempre en via de conocer á tiempo el mal, sea cual fuere la forma que tome ese *Proteo*, la que, por leve y sencilla que aparezca en su principio, puede ser punto de partida de enfermedades muy peligrosas, ó, cuando menos, de accidentes molestos que á todo trance deben evitarse.

Las recién-paridas están muy expuestas á enfermar en el sobreparto, y esta predisposición viene del influjo que ejerce en su sér orgánico y moral el alumbramiento y de los cambios que en ellas se operan inmediatamente después de él. Cualquier motivo, cualquiera circunstancia, que en otras condiciones no tienen, ó tienen acaso poca influencia en ellas, pueden ser mortales en el puerpuerio. El miasma puerperal, como los otros miasmas, bajo el misterio más impenetrable, puede desarrollarse, y obrar sobre el útero, sus anexos y contiguos, sobre órganos más ó menos distantes de la matriz, sobre todo el organismo, en fin. Este agente, si bien no ha podido ser aislado, se nos da á conocer, se revela siempre por manifesta-

ciones específicas propias y por la constante relación que se advierte entre su desarrollo, cuando las circunstancias le son favorables, y la aparición de las enfermedades del puerperio.

Llámanse *entuertos ó cólicos uterinos*, á las contracciones rítmicas dolorosas que expulsan á la sangre que proviene de la herida placentaria, á los restos disociados de las placentas fetal y materna, y á las demás materias inútiles, que se acumulan en la cavidad de la matriz después del parto. Los entuertos son vistos por todos los autores como un fenómeno necesario en los partos que no son el primero, salvo algunas excepciones; y la razón que dan para ello es, que falta al útero de las pluríparas el resorte anatómico propio de la retractilidad, y, de consiguiente, es necesario que las contracciones orgánicas vengan en su auxilio para completar el desembarazamiento de la matriz, paso previo de la *involución* del órgano.

Yo no comprendo por qué el resorte propio de la retractilidad ha de aparecer intacto, perfecto (con pocas excepciones) *solamente una vez* en la época reproductora de las mujeres; y menos lo comprendo desde que

es un hecho demostrado que después de cada parto desaparece el útero viejo y le reemplaza otro nuevo. Si ésto es así, no existe una razón satisfactoria, plausible, para creer que al desarrollarse un útero de segunda, cuarta ú octava edición, sus fibras musculares, que nada tuvieron que ver con los partos precedentes, traigan cercenada y hasta abolida una fuerza que jamás se gastó. La causa de los entuertos es otra, en mi concepto, y he tenido el gusto de señalarla en mis lecciones clínicas.

Siempre que la disociación de los materiales uterinos es perfecta y completa desde su principio, no hay entuertos ni en las nulíparas ni en las pluríparas, y los hay en unas y otras siempre que falta ese requisito. Dos cosas caracterizan la disociación completa y perfecta de los materiales uterinos inútiles: en primer lugar, la transformación de las que por su naturaleza sean reabsorbibles y transformables en leche y en sudor, y en segundo, la eliminación de los intransformables é irreabsorbibles en forma de loquiorrea.

Mis discípulos han tenido ocasión de ver que cuidando de que las puérperas no se en-

fríen, para que la transpiración se haga con toda amplitud; que haciéndolas amamantar á sus hijos desde cuatro ó seis horas después del alumbramiento, y procurando que den de mamar cada dos horas cuando menos, si no existe causa extrínseca alguna, no aparecen los entuertos. En esos casos los loquios son líquidos, no vienen mezclados de coágulos ni de colgajos de caduca y de membranas. La matriz se halla reducida, dura é indolente. Al contrario; cuando la transpiración se suprime ó no viene, cuando la mujer se resiste á dar el pecho al niño, los entuertos estallan y son poco ó muy dolorosos. Los loquios entonces, según lo he demostrado, son abundantes, y arrastran coágulos, colgajos de membranas y fragmentos de tejido conectivo más ó menos alterado. La matriz está voluminosa, dolorosa y desigualmente contraida.

Otras veces no es la falta de armonía entre la ejecución de las funciones de las glándulas sudoríparas y mamarias, y las especiales del útero, la causa de los cólicos ó entuertos (verdadera causa intrínseca), sino fenómenos reflejos de origen diverso. Que la matriz contenga coágulos, restos cotile-

donarios ó membranosos; que la puérpera no tenga cuidado de evacuar la orina, ó que no pueda hacerlo, como acontece eon cierta freeuencia; que el intestino grueso esté ocupado, ó que el estómago se recargue, apareeen los entuertos, y persisten hasta que eesa de obrar la causa que los motiva (eausas extrínsecas). Persuadido de esta verdad, cuido mueho en la Casa de Maternidad y en mi práctica privada de alejar todo pretexto que pueda incomodar al útero y sobreexeitarle.

Por lo mismo aconsejo á mis diseípulos que sus primeras preguntas se dirijan siempre á averiguar si la matriz está completamente desocupada y retraida, si la loquiorrea es normal ó no, si la puérpera ha evacuado y orinado, si la alimentaeión ha sido adeeuada, y si la digestión ha sufrido algún trastorno.

Cuando el útero ha sido exageradamente dilatado por superabundaneia de líquido amniótico ó por embarazo múltiple, ó cuando se fatiga, como en los alumbramientos morosos y en los muy rápidos, el cansancio ó agotamiento de la retractilidad trae eomo neeesaria eonseeuencia la manifestaeion de las contraeciones orgánicas, ó sean los

dolores rítmicos ó entuertos. La indicación aquí es hacer que las fibras recuperen su tonicidad, y ningún otro medio hay para conseguirlo más presto que el cuernecillo de centeno; así como para prevenir los que dependen de una acción puramente simpática de origen gastro–intestinal, no hay cosa mejor que desocupar las primeras vias por medio del aceite de higuerilla, y áun de la ipecacuana si fuere necesario. Si hubiere coágulos detenidos, la indicación es extraerlos luego y retraer al útero con algunas dosis de cuernecillo (12 granos por toma).

La sana práctica enseña que las mujeres en quienes la *involución uterina* no sigue la marcha fisiológica que hemos procurado bosquejar, están muy predispuestas á resentir los efectos del envenenamiento puerperal.

La secreción láctea, que con tanta anticipación se ha venido preparando, toca á su término natural luego que el puerperio comienza, y queda definitivamente establecida del tercero al cuarto dia si aquel marcha sin trabas ni contratiempos. Crecimiento de los senos, sensación de peso y de tensión, escurrimiento seroso, al principio opalino y después turbio y blanco, calofrío leve, pasajero,

seguido de copiosa transpiración general, son los fenómenos precursores y concomitantes de la lactación regular. Toda calentura que preceda, acompañe ó siga á la lactación reglada, no tiene ni la más leve correlación con ella, por tres razones clínicas repetidas veces comprobadas. Primera: muchísimas puérperas, hínchense mucho ó poco los pechos, abunde ó escasee al principio la secreción láctea, se pasan sin calentura. Segunda: la calentura raras veces se correlaciona con el infarto lechoso ó con la secreción del líquido. Tercera y principal: la elevación considerable de temperatura y el calofrío intenso que la precede no pueden ser explicados por el establecimiento de una función fisiológica, puramente fisiológica: ninguna de las que ejecuta la economía origina jamás ni lo uno ni lo otro. No hay que cansarse: *la calentura, aparezca al tercero día del puerperio, antes ó después, coincida ó no con el advenimiento de la lactación, nada ha que ver con ésta, y debe ser considerada siempre como la expresión más simple de la septiemia puerperal leve ó grave, ó de cualquiera otra enfermedad intercurrente. Búsquese la causa patológica y se dará con ella las más veces.*

El líquido que brota de los senos en los dos ó tres primeros dias del puerperio se llama *flor de leche ó calostro:* nutre al niño, por las materias alimenticias que contiene, y expulsa al meconio, por influjo de sus sales (0,316 á 0,330).[1]

Es un error común del vulgo y de algunos médicos decir, que los calostros son materia impura y nociva á los niños: la experiencia rechaza ese modo de ver.

Cuando se demora el amamantamiento, cuando el régimen del vientre es irregular, ó cuando los senos no están convenientemente dispuestos para el ejercicio de sus funciones propias, la lactación no se verifica con la sencillez antes dicha. Los pechos se abultan considerablemente, se ponen tensos, dolorosos; los dolores se irradian á los hombros, las axilas, la espalda, y entre el 3º y 4º dia estalla un calofrío más ó menos intenso, largo, seguido de cefálea, calentura alta

1 Análisis química comparativa del calostro y de la leche de mujer:

	Calostro p%	Leche p%
Elementos proteicos	17,20	1,90
Lactina	6,30	5,30
Mantequilla	4,50	4,50
Sales	0,37	0,18
Agua	71,63	88,12

(hasta 40°), sed, inapetencia, malestar, etc., etc., lo que por lo común termina después de diez, doce ó más horas, con abundante sudor. Tales trastornos se describen en los libros con el nombre de *fiebre de leche*, y es preocupación común el hallarlos reputados *fisiológicos*, cuando los hechos bien observados precisamente muestran lo contrario: son *patológicos*.

Téngase presente que el *calofrío* es la reacción suscitada por el quebranto ó daño que sufre la economía sometida al influjo fatal de una causa morbígena fuerte; que él es la elocuente manifestación que la economía hace de que pasa del estado de salud al estado de enfermedad. Téngase presente, además, que por calofrío comienzan muchísimas enfermedades; que por calofrío se revelan las complicaciones supervenientes en el curso de su evolución; que por calofrío, en fin, se anuncia la irrupción de materias sépticas en el organismo (*miasmas*, *virus*, *venenos*), y que es el más vehemente indicio de intoxicación ó envenenamiento.

Computando los innumerables accidentes á que toda recién parida está expuesta, que principian con calofrío, no causa extrañeza

el interés especial con que los parteros modernos miran este síntoma, primer grito de alerta, y primera conmoción de la naturaleza doliente, con particularidad si el termómetro marca más de 38°. El momento en que aparece, su intensidad, duración y repetición, imprímenle valores semiológicos diversos. Los calofríos leves, fugaces, que á veces sobrevienen durante los últimos y más crueles dolores de parto, durante la expulsión de la placenta ó á poco del alumbramiento, y los que anuncian la afluencia de la leche, son mirados como *benignos*, á menos que sean fuertes, prolongados y repetidos, cualidades que implican *malignidad*. La observación de Stoïcesco, comprobada por mí muchas veces, es exactísima: *A pesar de la sensación de frío intenso acusada por las pacientes, en los calofríos benignos el termómetro no pasa de* 38°, *y cuando pasa, es poco y baja luego*. Este instrumento, por tanto, es un buen medio para definir la naturaleza benigna ó maligna de un calofrío.

Levret, Moreau, y de cuarenta años acá Depaul, han mostrado hasta la evidencia que la llamada *fiebre de leche* realmente no existe. Es uno de tantos viejos legados de

que es preciso prescindir si se quiere estar al corriente de la verdad en este punto; y lo cierto es, que toda calentura que aparece del segundo al quinto dia del puerperio es premonitoria de alguna complicación; preludio obligado de algún accidente más ó menos grave cuyo asiento está en tal ó cual órgano de la economía, aunque no precisa y forzosamente en los genitales, quienes, por las especiales condiciones en que quedan, son los más *receptivos*, los más dispuestos á resentir la acción de los agentes ó causas que motivan las enfermedades puerperales. Convencidos de esta verdad, como dije ha poco, importa buscar entonces el asiento ó residencia del mal, averiguar su naturaleza, especificarla bien, á fin de llenar la indicación sin pérdida de tiempo, porque comunmente no hay mucho de qué disponer. Un examen nimio, escrupuloso, de todos los órganos, coloca al práctico en la mejor vía para seguir la pista al enemigo y dar con él.

No quiero dejar pasar esta oportunidad sin advertir que la calentura que la irrupción del veneno puerperal provoca, frecuentemente se disfraza tomando alguna de las formas de la *malaria (fiebre anómala, remi-*

tente, perniciosa), circunstancia que da margen á equivocaciones lamentables siempre, y más todavía cuando el engaño se reconoce tarde y no hay esperanza posible hágase lo que se hiciere.

Iguales ó parecidas equivocaciones se suelen cometer con ocasión de otras enfermedades ajenas al puerperio, que atacan á mujeres ú hombres indistintamente. Para mí la causa de ésto consiste, en que de pocos años acá está de moda, ó mejor dicho, reina en México, una verdadera *malarimanía*, y en que algunos de los malarimaniacos sean furiosos, llevándoles su alucinamiento á ver fiebres anómalas ó remitentes ó perniciosas adonde ni por asomo se trata de ellas. Varios chascos de estos, bastante feos por cierto, han ocurrido en la capital y dado pábulo á la murmuración. Mas con esto no quiero decir que el miasma palúdico no haga de las suyas entre nosotros ni que deje de entremeterse interrumpiendo la marcha natural del puerperio fisiológico, cuando la ocasión le es propicia, complicando, transfigurando muchas enfermedades puerperales ó no, ó agravando ciertas situaciones de por sí peligrosas. No. Lo único que digo es, que es muy

común que en el sobreparto se tome por septiemia palustre real y verdadera lo que no es más que septiemia puerperal, pura y sencillamente, y que, por tanto, conviene estar muy sobre aviso para evitar la confusión y acudir con el remedio á propósito, el cual, tratándose de la última, por cierto no consiste en la administración de las sales de quinina y sus succedáneas, sean las que fueren, ni en sacar á las pacientes de su domicilio y transportarlas á lugares más ó menos distantes, etc., etc.

CUIDADOS QUE DEMANDA LA PUÉRPERA.

1º La alcoba de una recién-parida debe estar á media luz, abrigada y prudentemente ventilada. La cama debe ser cómoda, limpia, provista de algún cuero ó tela impermeable que puedan limpiarse y cambiarse con facilidad cuando sea necesario. La ropa, sábana, paños, bacinica y todo cuanto se use en este caso debe ser cuidadosamente aseado. En la pieza debe haber el mayor silencio procurando que la puérpera descanse y nada le incomode: la tranquilidad de espíritu en estas circunstancias es esencialísima.

De tiempo en tiempo deben cambiarse los paños humedecidos con sudor, sangre y loquios, y al sustituirlos con otros cuídese de que estén perfectamente limpios. ☞ *Los simples vestigios de manchas loquiorreicas pueden ser portadores del miasma puerperal, conforme me lo ha enseñado la experiencia.* ☜ El ardor vulvo-vaginal se modera y cede con defensivos tibios de agua végeto-mineral de Goulard ó de aceite de manzanilla alcanforado ó de vaselina fénica. El alimento durante los tres primeros dias debe ser una taza de atole ó té con leche cada 3 ó 4 horas y agua natural templada; pero si hubiere particular indicación, debe cumplimentarse conforme sea debido.

2º *La recién-parida debe comenzar á dar el pecho al niño pocas horas después del parto.* Obsequiando esta regla se evitan los entuertos que provienen de causa intrínseca, se atenúa la vehemencia de los originados por alguna causa extrínseca, se evitan el infarto de los senos, las grietas del pezón, la calentura impropiamente llamada fiebre de leche, se abrevia el tiempo del escurrimiento loquiorreico, y se apresura el movimiento *involutivo* de la matriz.

3º Dos veces al dia, cuando menos, en el puerperio fisiológico, y repetidas veces en el que no lo sea, se aseará el canal vulvo-uterino, inyectándole agua alcoholizada fénico-clorurada moderadamente tibia. En mi práctica civil y en la Casa de Maternidad[1] tengo establecida esta práctica, con la cual se ha logrado que cada dia sean menos frecuentes las variadas manifestaciones del envenenamiento puerperal. Si el flujo loquiorreico mengua ó se suspende antes de tiempo, si su calidad se altera, si su hedor es infecto, se harán inyecciones antisépticas cada dos ó tres horas. He aquí las fórmulas que uso:

I. Agua destilada una libra; permanganato de potasa un escrúpulo: disuélvase y empleese para hacer una inyección.

II. Agua destilada una libra; ácido fénico cristalizado, un escrúpulo; cloruro de Labarraque y aguardiente refino, dos dracmas de cada cosa. Mézclese y úsese.

4º *Un partero debe poner formal empeño en tomar todas las precauciones posibles para no*

1 No han dejado de causarme serios disgustos allí, ésta y otras prácticas justificadas por el éxito más lisonjero. ¿Mas qué deben importar *mis despilfarros* en materia de limpieza, de medicamentos y alimentos, si así, y nada más así, se evitan la infección y la contaminación del miasma puerperal?

ser vehículo propagador del miasma puerperal. Además del exeesivo aseo personal, reeomiendo el áeido fénieo eomo medio efieaeísimo para matar los gérmenes morbífieos que se alojen en las manos, entre las uñas, en los vestidos é instrumentos.

5º *El partero debe cuidar de que las evacuaciones excrementicia y urinaria se hagan con toda regularidad.* Los laxantes y el eateterismo deben usarse sin reserva euando no estén en eorriente. El aeeite de higuerilla previene, además, los infartos mamarios, faeilita la expulsión de los eoágulos, la exereeión loquiorreiea, y favorece, por tanto, la *involución* de la matriz.

6º *La alimentación abundante ó inapropiada perjudica á las puérperas.* Hay que evitar, pues, las indigestiones y sus eonseeueneias, que eomplican una situaeión bastante delicada de por sí. Pero si la puérpera estuviese débil, puede tomar y deben preseribírsele buen caldo, huevos crudos ó tibios, earne, vino generoso, de quina, etc. El régimen dietético que sigo es:

Del 1º al 3º dia, una tasa de atole ó té con leche, cada 3 ó 4 horas; del 4º al 7º sopa, y luego sopa y pollo al medio dia; del 7º en adelante se aumenta pro-

gresivamente la cantidad y se varía la calidad, de modo que al 15º la puérpera tome los alimentos de costumbre con exclusión de los indigestos y estimulantes.

7º *Las emociones morales, sean de la especie que fueren, son muy dañosas.* El partero debe recomendar á los deudos y asistentes que eviten cualquier motivo y alejen todo pretexto que pueda apenar, irritar, ó disgustar siquiera, á la recién-parida. Además, debe prohibir las visitas frecuentes y largas, y sobre todo las importunas.

8º *Los movimientos frecuentes é inconsiderados deben evitarse. La puérpera no ha de incorporarse, sentarse ni menos levantarse y andar sino hasta que termine la involución de la matriz.* La infracción de este precepto es causa muy frecuente de hemorragias mediatas, endometritis, metritis parenquimatosa sub-aguda y aguda; caída, inclinaciones y flexiones de la matriz, y esterilidad consecutiva. Mientras el partero pueda tocar la matriz en la región hipogástrica no debe permitir ni que se siente en la cama. La quietud, esto ya es notorio, es el mejor medio de lograr que las mujeres queden útiles para sus faenas domésticas y la reproducción: *in-*

cúlqueseles, pues, que con la desobediencia y la inquietud pueden procurarse graves trastornos ó enfermedades sin remedio que ahuyentan la paz y la ventura del hogar.

9º Un baño general tibio, jabonoso, cuando la matriz está completamente oculta en la excavación pélvica, proporciona bienestar á la puérpera y provoca una transpiración general provechosa. Los baños calientes aromáticos, los de vapor y temascal, son inútiles, pueden ser perjudiciales, y, por lo mismo, debe proscribírseles en estos casos.

10º Transcurrido el período de seis semanas la puérpera puede volver de lleno á sus usos y costumbres, pero sin olvidar que para cumplir con las obligaciones de madre debe alejar de sí toda causa, *sea cual fuere*, que pueda trastornar su salud, menoscabarla, y ponerla inhábil para proseguir criando á su hijo, cuya vida y porvenir le están especialmente encomendados.

CUIDADOS QUE DEMANDA EL RECIÉN-NACIDO.

1º Establecida la respiración, ligado y cortado el cordón umbilical con las precauciones que esto demanda, límpiese con un

lienzo suave y seco el exceso de unto sebáceo: luego se le ungirá con aceite tibio para quitar el resto, y, por último, se le bañará (si la temperatura lo permitiere) en agua templada, con jabón y esponja. Durante el baño ó inmediatamente después de él se examinará si el niño está bien ó mal conformado, si los orificios naturales, boca, vulva, ano, uretra, están defectuosos, abiertos ó cerrados; si está bien el paladar, si hay frenillo, si hace la succión; si están bien ojos y orejas, si las partes sexuales, las manos y los piés tienen alguna anomalía ó vicio de conformación, si existe algún tumor, cefalomátomo verdadero ó falso, hidrocéfalo, espina bifida, quistes, etc. Si algo de eso hubiere, ocúltesele á la madre, y dése parte al padre ó á quien le represente para que oportunamente se ponga remedio, si le hay. Enjugado el recién-nacido y después de haber reconocido de nuevo el estado de la ligadura umbilical, se colocará el cordón en la compresa hendida llamada ombliguero, untada de glicerina, vaselina, aceite común ó manteca, y doblada aquella, para envolver el cordón, se sujetará con el fajero moderadamente apretado. La práctica común de vendar so-

bre la camisa, es mala, porque origina rozaduras, la ulceración del anillo, el arrancamiento del cordón y su consecuencia inmediata, la hemorragia, á veces incoercible. Hasta que naturalmente se desprenda, se cambiará cada dia la curación cuidando siempre de no tirarle y desgarrarle. Desprendido ya, se perfeccionará la cicatrización del anillo poniéndole encima una planchuela de hilas finas untada de glicerolado de óxido de zinc ó bálsamo de copaiba, y deteniéndola con el fajero. La camisa, caracol, falla, pañales y mantillas deben ser sencillos, de telas suaves, estar limpios, apropiados á la estación y suficientemente holgados, á fin de dejar libres la respiración, la circulación y ciertos movimientos. El asco del ano, de las partes genitales y sus contornos, evita el intértrigo y las rozaduras, que se combaten con polvo de arroz, de haba, magisterio de bismuto, licopodio, ó glicerolado de óxido de zinc.

2º *El único alimento del niño debe ser la leche materna, y en defecto de ella, la de una buena nodriza.* Es perjudicial y puramente teórico pretender subordinar la lactancia á cierto orden metódico riguroso en las primeras

seis semanas; lo prudente, entonces, es dar el seno á los niños cada dos ó tres horas. El partero debe inculcar en el ánimo de ciertas madres egoistas y desnaturalizadas la obligación que tienen de amamantar á sus hijos, estando sanas y sus pechos aptos para la lactancia. Las amonestaciones y excitativas se fundarán, en que tal es su destino conforme á las leyes de la naturaleza; en que obedeciendo esas leyes, trabajan en propio provecho, y se ponen á cubierto de los peligros que he apuntado por menor; y, por último, en que los niños criados en el regazo materno son más sanos. El uso de chupones de lienzo (muñequillas) debe ser abolido, porque originan cólicos gastro-intestinales, aftas y algodoncillo.

3º La calidad de la leche, y si es adecuada ó no á la naturaleza y necesidades de un niño, no puede saberse por el examen de sus cualidades físicas y químicas: el análisis microscópico es completamente inútil. *El único reactivo de la calidad y apropiación de una leche, es el niño mismo. La sola medida exacta de la suficiencia de una leche y de la asimilación de sus principios nutritivos se tiene por medio de la balanza, que computa numérica-*

mente los medros y las mermas. El peso de todo niño que esté en condiciones normales debe aumentar desde el tercero dia de nacido; si eso no sucede, la leche no le nutre, es insuficiente ó inapropiada. Si en ese caso no se aplica pronto remedio, el niño enflaquece, y este enflaquecimiento puede conducirle hasta la inanición: muere de hambre y nada más que de hambre. Durante los primeros dias los niños sanos y bien desarrollados maman ocho ó diez veces cada veinticuatro horas, y el peso medio de la leche en cada mamada es sucesivamente 3, 15, 40, 55 gramos: durante los primeros meses, 60 ú 80; después del 5º, 100 á 130. 400 gramos de buena leche por dia, mantienen á un niño recién-nacido, pero no medra; menor cantidad le es insuficiente y viene la inanición. Desde el 4º al 5º dia debe tomar 550 gramos, término medio; más adelante la cantidad ha de ir en aumento, de modo que si del primero al quinto mes mama de 550 á 750 gramos, del 5º al 9º tome de 750 á 950. *La inanición y sus consecuencias sólo pueden combatirse por la higiene. La terapéutica es impotente para componer y aumentar una leche escasa é inadecuada. Las lactancias artificial y mixta, salvo una*

que otra excepción que jamás deben ser tomadas en cuenta, son perjudiciales; enferman y hacen morir á muchos niños. Si la leche materna no bastare, si no fuere á propósito, una buena nodriza es el mejor de los remedios.

Un niño bien nutrido orina relativamente seis veces tanto como un adulto, y cuando menos 360 gramos diarios. Consultar la humedad de los pañales es un buen medio de asegurarse si la lactancia es suficiente ó no. Las madres ya prácticas recurren á este sencillísimo medio entre nosotros. Las evacuaciones alvinas amarillo-negruzcas que suceden á las del meconio, aparecen al tercero dia y coinciden con la secreción láctea; tan pronto como ésta se perfecciona, las evacuaciones son amarillas. Las verdosas y verdes indican insuficiencia y falta de adaptación de la leche.

4º No deben amamantar á sus hijos ni á los extraños las mujeres naturalmente débiles ó debilitadas, ni las afectadas de tubérculos, escrófula, sífilis, cáncer, epilepsía, gota; ni las irascibles y de mala índole; tampoco las que tengan el pecho y el pezón mal conformados.

5º Los asiduos cuidados de limpieza son

una de las condiciones esenciales de la prosperidad y bienestar de los niños. Debe bañárseles diariamente, excepto en los dias muy frios; asearles y mudarles ropa cada vez que evacúen ó meen, y limpiarles la boca con un lienzo húmedo luego que acaben de mamar. Al aseo personal debe añadirse el de sus vestidos y lecho, y la renovación frecuente del aire de la alcoba.

6º A los dos meses de nacidos, ó antes si hubiere viruela, debe vacunarse á los niños, advirtiendo á la familia lo necesario que es el que un médico vea los granos entre el 7º y 8º dia, para que resuelva si están bien ó mal vacunados.

7º Pasadas las seis primeras semanas, cuando ya no llore el niño al despertar, puede intentarse establecer cierta regularidad en la alimentación. Esta regularidad, ante todo, debe subordinarse á las necesidades del niño y no á las ocupaciones de la madre ni á los caprichos del padre, de la familia y de las gentes ignorantes que quieren dar opinión en todo. Las necesidades de los niños tienen sus manifestaciones propias, que las buenas madres entienden é interpretan mejor que nadie.

SEGUNDA PARTE

I

CUADRO SINÓPTICO

De las causas, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del aborto y parto prematuro.

Definiciones.—*El aborto consiste en la suspensión prematura y morbosa de la preñez ó su cesación definitiva, acompáñese ó no de fenómenos expulsivos.*

La nueva definición es mejor que la antigua porque abarca todos los casos posibles. La definición clásica únicamente se refiere á aquellos en que es expulso un feto no viable. Muerto en el útero un feto no maduro el aborto se consuma, ora la matriz le arroje fuera, ora le retenga y guarde por poco ó mucho

tiempo, conforme se ha observado infinidad de veces.

Cuando la expulsión ha lugar en el transcurso de los primeros 180 dias de la preñez, quiere decir, antes de la época de la viabilidad legal del feto, el hecho corresponde al *aborto clásico;* y si acaece entre los 181 y los 255, cuando el producto ya es viable fisiológica y legalmente considerado, el suceso toca al *parto prematuro clásico* también.

Frecuencia.—El aborto es más frecuente en los primeros meses de la gestación.

Causas.—*Todas las que de cualquier modo perturben la marcha regular del desarrollo del huevo humano en las épocas prefijadas.* Se dividen en:

PATERNAS.—Edad temprana, muy avanzada, estado valetudinario, sífilis.

MATERNAS.—Las mismas, y además: temperamento sanguíneo, nervioso; enfermedades graves intercurrentes; excesos, miseria, emociones morales vivas, violencias exteriores, esfuerzos, equitación, danza, usar corsé y vestidos ajustados; mal movimiento de los carruajes; el trepidante de los ferrocarriles; coser con máquinas de pedal; abuso y aun uso moderado del coito; enfermedades

agudas y crónicas de la matriz; adherencias peritoneales ú otras diversas; exfoliación patológica de la caduca; baños y pediluvios calientes; sangrías; uso de emenagogos y medios abortivos, etc., etc.

OVULARES.—Las enfermedades que atacan al producto de concepción ó á sus anexos, y, en general, todo aquello que comprometa de un modo grave su vida orgánica. Heridas, fracturas, raquitismo intrauterino, estropeo y amputaciones intrauterinas por repliegues amnióticos, abscesos del timo y pulmonares, hidropesía local ó general, hemorragia cerebral, kirrhonosis *(Lobstein)*, ciertas monstruosidades; congestión, inflamación, apoplegía placentaria; degeneración grasosa, fibroide, cretácea y vesicular de las vellosidades coriales; atrofia, inscrición viciosa de la placenta; lesiones del cordón umbilical, etc., etc.

Síntomas.—1º, hemorragia; 2º, contracciones intermitentes y dolorosas *(dolores de parto)*; 3º, modificaciones del cuello uterino *(su reblandecimiento, diminución de longitud y dilatación)*; y 4º, fenómenos concomitantes *(presentación de la fuente amniótica, su madurez y su rotura)*. Estos síntomas son tanto

más acentuados cuanto más avanzado se halla el embarazo, y vice versa. *En los primeros meses la hemorragia es menos abundante, las contracciones débiles, la rigidez anatómica del cuello uterino muy notable, la confusión ó identificación completa de las cavidades imposible;* EL CUERPO Y EL CUELLO DEL ÚTERO TOMAN LA FORMA DE UN CANAL; lo cual depende de la disposición que guardan aún los cambios anatómicos que sucesivamente han lugar en el útero durante la preñez, que no avanzan para hacerle pasar poco á poco al estado de *músculo hueco* mas que con el transcurso del tiempo, ni llegan á transformarle por completo sino al término natural del embarazo.

Diagnóstico.—Se funda primeramente en la existencia ó no existencia de la preñez, investigación casi siempre imposible durante el curso de los cuatro primeros meses. Luego que el cuello se halle dilatado y se pueda tocar el huevo, las dificultades desaparecen. Antes de llegar á este extremo los síntomas dichos arrojan bastante luz. Sin embargo, *cuando el diagnóstico ofrezca tales dificultades que sea imposible saber si se trata de un aborto, de una simple congestión uterina*

ó de una retención de menstruos, conviene atender á la paciente como si en efecto se tratase de lo primero. En tan cruel incertidumbre, es prudente obrar así con tanta mayor razón, cuanto que los medios recomendados para el caso *(reposo y lavativas laudanizadas)*, incapaces de perjudicarla en los dos últimos supuestos, por su reconocida eficacia pueden salvarla en el primero.

Se deben revisar con cuidado prolijo los paños en que se recoja la sangre vertida, y examinar los coágulos, la orina y las materias excrementicias, donde suele encontrarse el huevo íntegro, durante el 1º y 2º mes, ó el producto sólo, durante el 3º y 4º Desde este último en adelante es muy difícil que el aborto pueda pasar inadvertido, á no ser que por parte de la interesada y de su familia hubiese crasa ignorancia, suma negligencia, ó refinada malicia. La previa designación de la presentación del feto, que hasta el 6º mes es casi siempre viciosa, irregular ó complicada, no tiene la misma importancia ni se acompaña de los mismos peligros que cuando el embarazo está más avanzado, y la razón es, que siendo pequeño el feto, esté como estuviere, su expulsión se verifica con mayor facilidad.

El consejo dado al principio del párrafo anterior tiene otra importancia: reconociendo cuidadosamente los desechos, se puede poner en claro si ha habido aborto ó si se trata de la enfermedad descrita por Oldhan, en 1846, llamada *dismenorrea membranosa ó exfoliativa*, acerca de la cual tengo formada particular opinión en vista de los numerosos casos que he observado. Comienzo por desechar esa designación, porque llamándola de ese modo no se tiene una idea exacta de lo que en realidad pasa, al menos en México, que es donde la he estudiado y debemos verla. En vez de eso llámola *ameno-dismenorrea exfoliativa*, en razón á que participa de las cualidades de la amenorrea y la dismenorrea, sucesivamente. En un primer período, el flujo menorreico se suspende por uno, dos, tres y hasta por cuatro meses, lo que es rarísimo. En un segundo, el flujo menorreico se anuncia con síntomas de congestión del aparato genital (dolor de cintura que se irradia al bajo vientre, ingles y muslos, tenesmo vesical, constipación), se acompaña de fuertes cólicos uterinos, y pasado algún tiempo concluye con la expulsión de un saco membraniforme, íntegro ó hecho peda-

zos, más ó menos grande, grueso ó delgado, de la misma forma de la cavidad de la matriz vacía, y agujerada hacia los tres puntos que corresponden á los ángulos del trígono. Componen la estructura del zurrón, elementos propios de la cara interna de la mucosa: *folículos hipertrofiados, tejido conectivo, tejido embrionario abundante, epitelio, una que otra fibrilla lisa y coágulos sanguíneos más ó menos numerosos;* de donde se deduce, que tiene una composición semejante á la de la *caduca* en el embarazo, no habiendo en realidad otra diferencia, que aquel no forra al huevo humano, y este otro, el caduco, sí. El primero es el *efecto patológico* de una congestión permanente de la matriz originada de ordinario por el frenesí voluptuoso de la luna de miel (ó pasada ésta, en ocasiones parecidas) en mujeres de constitución débil y anémica; mientras que el segundo es el *aditamento fisiológico* indispensable de la recepción y concepción del óvulo fecundo, un refuerzo y una garantía más que le procura la matriz grávida donde se aloja.

Dedúcese de lo expuesto que hay un fenómeno crítico en la enfermedad que llamo ameno-dismenorrea exfoliativa, y es el *parto*

(expulsión) de una *seudo-caduca*, precedido durante uno, dos ó tres meses, de ciertos trastornos funcionales (amenorrea, nauseas, vómitos, agrios, infarto de los senos, neuralgias varias, etc.), que se parecen á los de la preñez (seudo-embarazo, llamaréle así), al grado que por tal le toman las mujeres dejando perplejos á los prácticos, quienes realmente no ven claro sino *a posteriori*, quiero decir, cuando todo ha pasado y tienen á la vista las piezas comprobantes respectivas.[1]

El huevo es enteramente expulso en los dos primeros meses, y primero lo es el feto, y en seguida sus anexos, desde el tercero en adelante. Las excepciones son raras.

El desembarazamiento presenta serias dificultades en el 3° y 4° mes: en los subsecuentes se hace como en el parto á término. La retención de los anexos del feto ocasiona hemorragias

1 De los puntos moral, social y médico-legal de la cuestión, que se dejan entrever de por sí, no me ocupo, por no ser de este lugar. Tampoco he querido entrar en la crítica de las opiniones de los autores de ultramar, porque mi fin no es otro que reseñar mis propias impresiones. La bibliografía de esta enfermedad no es rica ni se ha dicho aún sobre ella la última palabra. Hay que esperarse.

continuas ó periódicas, muy graves á veces, que no cesan sino hasta que han sido arrojados ó extraidos, y da lugar á la septiemia si entran en putrefacción. Cuando se disocian ó disgregan insensiblemente, sin ser advertidos, salen mezclados con los loquios. Este fenómeno ha sido mal interpretado por algunos profesores de mérito, quienes le llaman *reabsorción ó digestión de la placenta,* olvidándose de que en los anexos del feto hay elementos anatómicos irreabsorvibles, y de que el útero está entonces en las condiciones menos á propósito para ello. *El producto y sus anexos pueden sufrir varias transformaciones, cuando después de muerto aquel, el huevo persiste aún dentro de la cavidad uterina.* La más frecuente es la *liquefacción:* el feto se liquida y desaparece. Ciertas ocasiones se convierte en una masa esencialmente constituida por un jabón amoniacal, impropiamente llamado *adipocira;* otras, se *momifica;* raras veces sufre la transformación cretácea *(lithopœdion).*[1] Bajo cualquiera de estas formas, así como bajo la de simple *mo-*

1 Momificado el feto, sus partes se incrustan de carbonato de cal y de magnesia, colesterina y pigmento amarillo.

la, puede permanecer durante más ó menos tiempo dentro del útero y ser arrojado meses y aun años después. *(Mola carnosa, racemosa, etc.)*

Pronóstico.—El aborto es un accidente grave: el parto prematuro tiene menor gravedad. *El aborto entre el 3º y 4º mes es mucho más grave, por las razones expuestas.*

Profilaxia.—El tratamiento profiláctico consiste en alejar ó evitar las causas que pueden traer el aborto y el parto prematuro; mas, como se comprende, esto no está siempre al alcance de la ciencia ni del médico ni de los mismos interesados. Muchos abortos se evitan por medio de la higiene ó de un tratamiento *ad hoc*, el cual debe plantearse de preferencia durante la vacuidad de la matriz. Las enfermedades intercurrentes deben ser combatidas como de ordinario.

Tratamiento curativo.—(Véase el Cuadro III de la 2ª parte.)

Se funda en el reposo y en la administración de lavativas laudanizadas. Cuando estos medios no bastan, se emplean las inyecciones astringentes y el tapón.

La salida del engendro abortado es inevi-

table *cuando el período de expulsión está muy avanzado y la fuente rota.* En tales casos no hay otro remedio que favorecer el movimiento natural, ó proceder á su extracción conforme se verá adelante.

El uso del cuernecillo de centeno en el tratamiento del aborto y del parto prematuro, ya como medio hemostático, ya como agente expulsivo, en muchísimos casos es contraproducente, y más perjudicial que útil.

La proscripción del cuernecillo de centeno, sustancia que la generalidad de los parteros ingleses, alemanes, franceses, italianos, belgas, españoles, norte-americanos y aun mexicanos emplea como hemostático y eliminador del huevo abortado íntegro ó de sus despojos, fúndase en estas dos observaciones irrefragables:

1ª La contracción que promueve el principio activo de esa sustancia ó el del zihuatlpatl, es *única, permanente y dolorosa*, propiamente *tetánica*, y en nada se parece ni siquiera remeda á las suscitadas por la contractilidad orgánica, á las cuales se trata de suplir ó reforzar con la mira de evacuar el contenido. Las contracciones orgánicas (intermitentes y dolorosas) son las únicamente

destinadas y apropiadas por la naturaleza para el logro del objeto.

2ª La experiencia diaria muestra que no existe un solo práctico de aquellos que viven asidos á la rutina como la ostra á la roca, que en más de una ocasión no haya tenido que deplorar los inciertos cuanto letales efectos del cuernecillo de centeno, administrado para desocupar la matriz de todo ó de una parte de su contenido, sea lo que fuere.

El consejo (bueno á fe) que doy para estos casos, es el que sigue: Visto lo incierto, lo contraproducente y lo peligroso de los medios terapéuticos médicos (ocitócicos), mecánicos (compresión uterina), é instrumentales (pinzas de Levret, cucharilla de Pajot, de Récamier, Marion Sims, pinzas giratorias de Ward, etc., etc.), recomendados para desocupar la matriz en el aborto inevitable que demanda la intervención del arte, deténgase, cohíbase la hemorragia, y provóquese la irritabilidad del útero por medio del tapón de hilas ó algodón, si necesario fuere renovado cada diez ó doce horas previa evacuación del recto y la vejiga cada vez.

Los resultados pueden ser varios, á saber: en muchos casos al quitar el tapón sale el

contenido libre de toda traba; otras veces, á través del cuello dilatado ó dilatable asoma una porción del huevo ó sus despojos, uno ú otros desprendidos, que fácilmente pueden ser atrapados con los dedos, que tiran luego con suavidad y método para consumar la extracción; á ocasiones, áun cuando haya una parte que asome, el resto permanece adherido, y entonces hay que romper las adherencias antes de intentar la extracción; otras, entreabierto el cuello, el dedo siente que el huevo ó sus despojos están pegados, y naturalmente hay que comenzar por despegarlos para efectuar su extracción y desocupar la matriz.

Hé aquí el modo de despegar lo adherente y desocupar al útero después:

Procedimiento operatorio.—Colocada la mujer en postura toconómica (Véase el Cuadro II de la 3ª parte: EXTRACCIÓN MANUAL DEL FETO), engrasado el dorso de la mano derecha, puestos los dedos en forma de cono, bien separados los grandes labios por medio de la izquierda, poco á poco se introduce aquella en la vagina, procurando en este momento distraer á todo trance la atención de la paciente, para atenuar así la mo-

lestia dolorosa que, quiérase que no, causa la introdueción de la mano. Adentro ya ésta, llévese la izquierda al vientre de la enferma, aplíquesele sobre el fondo de la matriz, para eomprimirla y aeerearla más al dedo que va á operar: en este momento yérgase el índiee de la mano situada en la vagina, oeúltese el pulgar entre el anular y el medio bien doblados, y dóblese también al mismo tiempo y aun más el meñique, eon euyo seneillo artifieio el dedo operador se alargará lo sufieiente para alcanzar hasta el fondo de la eavidad de la matriz. Al introdueirle euídese de deslizarle entre la pared de este órgano y la ovular; ejeeútense luego movimientos metódieos, aeompasados, llevándole como plegadera por toda la extensión de la cavidad, eon lo que se eonseguirá despegar el eontenido: adquirida esta eonvieeión, eneórvese el dedo á guisa de ganeho, para afianzar con él la presa, y, saeando poco á poco la mano, eondúzeasela afuera. Cuando el dedo eneorvado no bastare, yérgase á la vez el medio, y usando de ambos eomo si fueran pinzas se tomará el eontenido, se tirará de él, y se le sacará. Si no se eonsiguiese despegar ó saear el todo de un golpe, se le despe-

gará por partes y se le extraerá por fracciones hasta realizar la completa desocupación de la cavidad. Después de la extracción del huevo ó sus anexos, un reconocimiento intrauterino ulterior es indispensable siempre, con la mira de sacar las zurrapas y sangre remanentes, y adquirir plena certidumbre de haber logrado definitivamente la desocupación, ó de que sólo resta, cuando mucho, lo que es imposible despegar y sacar sin herir ó causar grave daño á la mujer. Realizado ésto, se debe volver á introducir la mano en la vagina, para conducir el tubo de una jeringa cargada con solución antiséptica y lavar la cavidad uterina; concluido el lavado, se provocará la retractilidad del órgano por el cuernecillo de centeno, su extracto *(ergotina)*, alguna de sus preparaciones *(ácido escloritínico, solución de Ivon)*, afusiones de éter sulfúrico en el vientre y compresión uterina mediata.

Dos reproches se hacen á la introducción de la mano dentro de la vagina, en los casos de que se trata: 1º Ser dolorosa; 2º ser difícil y hasta imposible la maniobra. El primero de ellos se ha exagerado hasta la hipérbole. Verdad es que hay damas muy sen-

sibles, otras muy melindrosas, otras muy ponderativas; á todas ellas el cloroformo les viene eomo de molde. Hay otras, las más, apasibles, dóciles, calladas, que se prestan sumisas á esta manipulación, sobre todo si el facultativo asistente de antemano las convence de su necesidad, inocuidad y lenidad, y durante la maniobra las excita á la resignaeión, las prodiga palabras de eonsuelo, entretiene y divaga.

En euanto al segundo cargo, preciso es distinguir dos cosas que comunmente se confunden: las difieultades inherentes á la operación en sí, y las dificultades inherentes al operador. Toda operación por insignificante que sea tiene sus dificultades; pero ellas son de naturaleza tal, que desaparecen como por arte mágica euando el operador sabe, tiene expedición, y se pone dueho á fuerza de ejercieio perseverante. Por el contrario; esas mismas difieultades suben de punto, cuando temerariamente intentan practicar esta ú otra operación, reelutas del arte, bizoños medrosos, que tiemblan y se detienen ante los peligros, y ven eualquiera empresa inaccesible é inexpugnable. Las difieultades por parte del operador, la incapacidad, la impe-

ricia, la torpeza de manos, vénceuse con la fuerza de voluntad, con el estudio, el ejercicio y la total consagración á aquello que se trata de saber y de ejecutar con facilidad y perfección. Todo el que no la emprenda por esta via, todo el que eche en saco roto el sabidísimo consejo *omnia vincit labor*, permanecerá por siempre detenido ante los umbrales del templo del "dios Exito," y por mientras viva será una de tantas orugas que jamás han de tornarse mariposas.

La desocupación uterina requiere como preliminar indispensable la completa dilatación ó la extrema dilatabilidad del cuello uterino: *nunca ni por ningún pretexto debe forzarse el paso.* Aunque ya hablé del tapón vaginal, que es uno de los medios de expeditar la via, expondré otras maneras de lograrlo:

A.—Hay hemorragia leve, pero tenaz, ó la pérdida es grave: TAPÓN, *previa evacuación del recto y la vejiga.* SOBREVIGILANCIA.

Si pasadas doce horas y contenida la hemorragia, el cuello no está ni dilatado ni dilatable, se evacúan de nuevo el recto y la vejiga y se pone otro tapón.

B.—No hay hemorragia. El orificio está cerrado. Inyecciones vaginales tibias (30°) y

continuas, hasta dilatarle ó ponerle dilatable.

C.—No hay hemorragia, y existe espasmo de todo el útero ó solo del cuello. Baño tibio prolongado. Opio. Cloroformo.

D. La rigidez escloritínica de la matriz *(administración imprudente del cuernecillo de centeno ó del zihuatlpatl como hemostáticos y expulsivos)*, requiere el mismo tratamiento (*C.*)

Abierta la via, por cualquiera de estos medios, se procederá á la desocupación conforme queda dicho.



II

CUADRO METÓDICO

Que señala las indicaciones y contraindicaciones del uso del cuernecillo de centeno y del zihuatlpatl (MONTANOA TOMENTOSA), **y los modos de combatir la disodinia ó sea el estado anormal de las fuerzas expulsivas.**

Aborto.—Consúltese la parte relativa al tratamiento de las hemorragias durante el aborto, en el Cuadro Metódico núm. III de esta segunda parte.

Muchos profesores emplean el cuernecillo de centeno como hemostático ó como expulsivo si la desocupación uterina es necesaria; mas yo no lo hago así, sea que el útero esté ocupado por el huevo íntegro, sea que lo esté por alguna de sus partes solamente, porque la experiencia me ha enseñado que, salvo una que otra excepción, es más infiel y nocivo que útil y benéfico. (Véase el Cuadro Sinóptico núm. I, segunda parte.) Lo

que digo del cuernecillo de centeno es igualmente aplicable al zihuatlpatl.[1]

Indicación.—*Después de la desocupación de la matriz previenen las hemorragias consecutivas.*

Parto prematuro.—(Véase el Cuadro Metódico núm. III, antes citado.) Como en el aborto y el parto á término.

Indicación.—*Después de la desocupación previenen las hemorragias consecutivas.*

Parto á término.—I. Después del parto: en los casos de hemorragia por inercia anatómica, pero hasta que el útero esté totalmente desocupado; quiere decir, hasta que hayan sido expulsos ó extraidos la placenta, las membranas y los coágulos.—*Dosis.* Medio escrúpulo de cuernecillo de centeno pulverizado en el acto de ir á administrarle, cada diez ó quince minutos, hasta conseguir que el útero se retraiga.

II. Deben usarse para prevenir las hemorragias puerperales mediatas en los casos que siguen: siempre que el embarazo se hu-

1 Planta originaria de América, especialmente de México, de la familia de las *Sinantereas*, del género *Montanoa* (Llave y Lexarza) que comprende ocho especies, de las cuales dos crecen con abundancia en el Valle de México y en el Estado de Puebla, la *Flo-*

biere complicado con hidropesía del amnios ó con otros accidentes patológicos cualesquiera, molas, pólipos, tumores de diversa naturaleza, por ejemplo, que hayan contribuido á dilatar exageradamente la matriz; después de un parto rápido ó muy lento, de gemelos, etc., etc.[1]

III. Son muy útiles para abreviar la duración de los cólicos uterinos puerperales, llamados "entuertos," cuando son de causa intrínseca. En este caso es más conveniente usar la ergotina de Bonjean.

DISODINIA, Ó ESTADO ANORMAL DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS.

El estado anormal de las fuerzas expulsivas del útero y su insuficiencia se refieren: 1º, á que los dolores de parto no tengan el

ribunda y la *Tomentosa*. El nombre de *zihuatlpatl*, enteramente mexicano, significa *yerba de mujer* (*zihuatl*, mujer, y *patl*, yerba).

EL EXTRACTO DE ZIHUATLPATL puede usarse á las mismas dosis á que se administra la ERGOTINA DE BONJEAN.

1 Si se prefiere la ergotina de Bonjean, puede usarse la fórmula siguiente: *Agua de canela, cuatro onzas; ergotina, una dracma; jarabe de azahar, dos dracmas. Cucharada sopera cada quince, treinta ó sesenta minutos, según los casos.*

grado requerido de intensidad, frecuencia y duración; y 2º, á su dirección viciosa. Los dolores de parto regulares se conocen en que de una manera gradual van siendo cada vez más fuertes, más frecuentes y más largos, y en que se suceden á la par la dilatación del orificio uterino, la concomitante formación de la fuente amniótica, á su debido tiempo la rotura de ésta, y luego, en fin, la evacuación del producto y de sus anexos. Por lo tanto, su irregularidad se refiere á la ineficacia de las contracciones peristálsicas, en uno, algunos, ó todos los periodos del trabajo. Tiene tres grados: 1º, contracciones tardías, ó *pereza uterina;* 2º, contracciones áun menos eficaces por su poca fuerza y corto número, ó *atonía de la matriz,* y 3º, casi no hay contracciones, el útero está laxo ó muy ligeramente contraido; en este caso, más común durante el período de expulsión, se dice que hay *parálisis* ó *agotamiento de la matriz.*

Causas.—*A.* Debilidad general constitucional, hereditaria ó congénita. Debilidad local, debida al desarrollo imperfecto ó incompleto de las fibras musculares, al poco espesor de las paredes uterinas, á abortos seguidos, á la repetición de muchos partos, ya

eutócicos, ya distócicos, á excesiva dilatación del órgano por preñez gemelar, hidropesía del amnios; á la salida extemporánea de las aguas (caso muy común); á esfuerzos prematuros; al uso de bebidas muy estimulantes y de los llamados medicamentos ecbólicos, como la ruda, sabina, azafrán, zihuatlpatl y cuernecillo de centeno (no muy raros).

B. Debilidad patológica, general ó local, debida al estado valetudinario, á hemorragias abundantes, á oblicuidades de la matriz; á indigestión, plenitud del estómago, recto y vejiga de la orina; á cólicos uterinos *(dolores falsos)* provocados por acciones reflejas de diverso origen; á plétora, inflamación, degeneración, reumatismo y espasmo uterino; á exploraciones repetidas y bruscas; á neuralgias y neurosis, á causas morales, etc.

Pronóstico.—La disodinia durante el período de dilatación no tiene grandes peligros cuando están regladas las demás condiciones relativas á la madre y al producto. En el periodo de expulsión tiene poca ó mucha gravedad según el grado que alcanzare la insuficiencia. *El traumatismo puerperal y sus consecuencias están en razón directa de la atonía y del agotamiento de la matriz.* Origi-

na á menudo: parálisis de la vejiga, endocistitis, metritis, metroperitonitis, vaginitis simple y gangrenosa, infarto de los ligamentos anchos, flemones de las fosas ilíacas y peri-uterinos, hemorroides, muerte del feto, etc. La disodinia después de la salida del producto es causa de hemorragias inmediatas, y de sus consecuencias próximas ó remotas.

Tratamiento.—Ante todo es preciso inquirir si la disodinia en realidad depende de la ineficacia de las contracciones uterinas: es cosa muy común, por desgracia, ver que se atribuya á pereza, á inercia de la matriz, lo que depende de causas tan diversas, como v. gr.: falta de proporción entre el calibre del canal y el volumen del feto; presentaciones viciosas, posiciones inclinadas, irregulares, complicadas; oblicuidades de la matriz, vientre en alforja; salida anticipada de las aguas, exagerada altura del cuerpo del pubis (estas dos son muy frecuentes entre nosotros). Las consecuencias de esta manera de ver las cosas son funestísimas; de ahí la necesidad de recomendar á los que se dedican al arte de los partos, que antes de decidirse á obrar sobre la potencia, examinen bien si la resistencia es normal ó no. *La iner-*

cia real ó idiopática del útero es muy rara; por lo mismo, para llenar concienzudamente la indicación, es absolutamente preciso reconocer antes con escrupulosidad el estado de cada uno de los factores que directa é indirectamente toman parte en el desembarazamiento de la matriz. Hallada la razón de la disodinia, puede combatírsela luego como sigue:

Disodinia por los motivos designados en A.	Esperar: sostener la moral y las fuerzas, con el sosiego, la calma, el sueño y alimentos sencillos. Si la terminación urgiere de parte de la madre ó del producto, procédase á hacer el parto artificial.

Disodinia por las causas designadas en B.	Indigestión, replesión del estómago, recto, vejiga de la orina	Vomitivo, purgante, enema laxante, cateterismo de la uretra.
	Neurosis, neuralgias, espasmo del cuerpo ó del orificio uterino, dolores falsos de orden reflejo.....	Pociones antiespasmódicas, opio, cloral, cloroformo, inyección subcutánea de éter, cloroformo ó sal de morfina.
	Esfuerzos exagerados, cansancio, abuso de bebidas estimulantes y medicamentos ecbólicos, traumatismo médico	Descanso, opio, baño general tibio, inyecciones emolientes, cloroformo.
	Oblicuidad uterina	Vendaje y posición conveniente.
	Plétora general ó local ...	Sangría general proporcionada.
	Metritis, reumatismo uterino	Emolientes, narcóticos, y en caso necesario parto artificial.
	Enfermedades concomitantes ó intercurrentes.	Tratamiento apropiado, y parto artificial.

Si la inercia aparente dependiere de mogostocia fetal ó pélvica, el práctico se sujetará á llenar la indicación requerida. Véanse los Cuadros I, II y III de la 3ª parte de esta Guía y el IV de la 2ª parte, adonde se encuentran detalladas las indicaciones del fórceps, del parto manual, de la versión por maniobras mixtas, y de la embriotomía.



III

CUADRO METÓDICO

Del tratamiento de las hemorragias que sobrevienen en el embarazo, antes, en el acto y después del parto.

I. Hemorragias determinadas por el desprendimiento parcial ó total de la placenta implantada normalmente.

Procedencia.—La sangre que la mujer vierte, por lo común procede de la placenta materna. La rotura de los vasos cotiledonarios y del cordón es rara.

Tratamiento.—Medios generales aplicables á las hemorragias leves y graves.

A. Vaciar el recto y la vejiga.—Situación horizontal.—Reposo absoluto.—Elevar la

pelvis.—Silencio.—Media luz.—Aire fresco.—Bebidas aciduladas y frias.

Aborto.—Los medios comprendidos en *A*, y después:

B. Lavativas laudanizadas. *(Agua, dos onzas; láudano de Sidenham, doce gotas: para una lavativa, que se aplicará cada media hora, cada hora ó cada dos, según fuère la frecuencia, la intensidad y la duración de las contracciones uterinas, vigilando el efecto fisiológico del opio.)*—Inyecciones astringentes. *(Agua, una libra; alumbre, una onza).*—Tapón vaginal hasta conseguir el efecto hemostático, ó si esto no fuere posible porque el desembarazamiento sea inevitable, hasta que el cuello se *dilate* ó ponga *dilatable*.—Desocupación del útero. (Véase el Cuadro Sinóptico núm. I, 2ª parte.)

Parto prematuro.—Los medios recomendados en *A* y *B*. El tapón deberá permanecer hasta que se logre la *dilatación* ó cuando menos la *dilatabilidad* del cuello uterino; luego que se consiga, se procederá conforme á

C. Perforación de las membranas.—Si ni así se cohibe la hemorragia, desocúpese la matriz practicando la operación indicada.

—Aplicación de *fórceps*, si la cabeza está en la excavación; *extracción manual*, si el abocamiento fuere pélvico; *versión podálica bipolar*, si la cabeza yace en el recinto de la gran pelvis ó la presentación es de tronco.

Cuando la hemorragia fuere causada por despegamiento de la placenta implantada en la zona polar inferior de la matriz *(placenta previa)*, y aconteciere el hecho en los meses mayores del embarazo, áun cuando sea leve, sin pérdida de tiempo se aplicará el tapón vaginal, y luego se procederá conforme á lo dicho en el Cuadro Metódico número V de esta 2ª parte.

Parto á término.—Se emplean los mismos recursos que se han señalado en *A*, *B* y *C*, *excepto las lavativas laudanizadas y las inyecciones astringentes.*—El tapón vaginal se usará como queda dicho; pero para evitar que en *estas circunstancias*, por el hecho de su empleo la hemorragia externa se torne interna, se aplicarán, además, compresas á los lados del útero, que se sujetarán con un vendaje convenientemente apretado, y se vigilará cuidadosamente *el estado general de la enferma*, que es *lo único* que en la inmensa mayoría de casos denuncia el trueco mortal.

(Vértigos.— Zumbido de oidos, desfallecimientos. — Bostezos. — Pandiculaciones. — Enfriamiento.—Palidez.—Lipotimias.—Convulsiones.—Concentración del pulso.— Síncope.)

Si dilatado ó dilatable el cuello, y perforadas las membranas, no se contuviere la hemorragia, desde luego se evacuará el útero por la versión podálica bipolar, el fórceps, ó la extracción manual, conforme queda dicho en *C*.

Como la hemorragia puede provenir del arrancamiento del huevo íntegro durante un esfuerzo vigoroso de la matriz, ó también del arrancamiento parcial debido á la tracción ejercida por el cordón natural ó accidentalmente acortado, en el primer supuesto deberá romperse la fuente tan luego como el cuello estuviere ampliamente dilatado, y en el segundo, se procederá á extraer al producto sujetándose á los preceptos que quedan consignados en *C*.

Después del parto. — INMEDIATA. — Extracción de los anexos del feto y de los coágulos yacentes en la cavidad uterina.— Compresión de la aorta.—Provóquese la retractilidad por medio del cuernecillo de cen-

teno, de la ergotina, de inyecciones hipodérmicas de un gramo de solución hemostática de Ivon ó de ácido escloritínico.—Instilación de éter sulfúrico sobre la pared del vientre. —Defensivos frios.—Fricciones.—Compresión uterina mediata.—Inyecciones intrauterinas de agua fría ó caliente, de zumos de limón ó de naranjas agrias, vinagre, cocimiento de comelina, de palo de Campeche, corteza de encina, cáscaras de nueces pacanas (vulgo *encarceladas*), solución de alumbre ordinario, ácido bórico, percloruro de fierro de Pravaz.—Ventosas secas ó sinapismos bajo de los senos ó entre los homóplatos.—Compresión uterina por medio de un vendaje compresivo de vientre convenientemente ajustado, y mucha sobrevigilancia.

Mediata.—Los mismos medios señalados en el párrafo anterior.

II. Hemorragias determinadas por rotura del útero, de la vagina, de la vulva y del perineo.

Causas.—Alteración de estructura de las paredes del útero y de la vagina, excesiva actividad é irregularidad de las contracciones, falta de proporción entre el volumen del feto y el calibre del canal; administración

imprudente de los ocitócicos *(cuernecillo de centeno y zihuatlpatl)* en las presentaciones viciosas ó complicadas y en las posiciones desfavorables; torpeza ó precipitación en la ejecución del parto manual, al practicar la versión, en la aplicación del fórceps ó del cefalotribo, etc., etc.

SÍNTOMAS.—La *rotura del útero* en el acto determina dolor vivísimo; la mujer siente que algo se ha desgarrado interiormente, y sobreviene desde luego hemorragia interna, ó interna y externa, acompañada de los signos objetivos y subjetivos de cada una de ellas. Si la rotura interesa todo el espesor de la pared del útero y es considerable, el producto pasa parcial ó totalmente á la cavidad peritoneal: por medio de la palpación se percibe entonces la deformación del globo uterino, y se tientan afuera del órgano las desigualdades fetales. Cuando el desalojamiento es completo no se toca por el orificio de la matriz la región que se había presentado y se tocaba antes. En los casos que la mujer sobrevive á la hemorragia se desenvuelve violenta peritonitis, y sucumbe *(rarísimas excepciones)*.

En la *rotura de la vagina* se presentan los

mismos síntomas si el sitio de ella está en la porción posterior del saco, la más frágil, y el producto ha pasado á la cavidad abdominal. Cuando el sitio de la rotura es otro, únicamente se produce hemorragia externa, como sucede en las heridas de la vulva y el perineo.

Tratamiento.—El general (A). *Habiendo mostrado la experiencia que el arte es del todo impotente siempre que la rotura de la matriz ha lugar en los seis primeros meses de la preñez, es unánime el consejo de renunciar á todo género de intervención directa.* Mas si el producto ya es viable, está vivo, y ha pasado á la cavidad abdominal, es común precepto practicar la GASTROTOMÍA. Si la mujer estuviere en trabajo de parto y el orificio no se halle dilatado, GASTROTOMÍA. Si lo estuviese y el feto no hubiere salido por la rotura más que en parte, PARTO MANUAL, VERSIÓN, FÓRCEPS, según el caso. Si esto es imposible, GASTROTOMÍA.—En las *roturas simples de la vagina,* así como en las de la vulva y el perineo, complicadas de hemorragia, se emplearán los hemostáticos. *(Alumbre, percloruro de fierro, comelina, zumos ácidos.)*

En los casos de *trombus* naturalmente ro-

tos, ó abiertos porque haya sido indispensable la intervención quirúrgica, se recurrirá á los mismos medios, y áun al tapón si fuere necesario. Una esponja impregnada de alguno de los líquidos hemostáticos, basta en la generalidad de los casos.

III. La *epixtasis*, la *gastrorragia*, la *enterorragia*, etc., etc., se combaten como de ordinario.

IV

CUADRO METÓDICO

De las causas de distocia y reglas para combatirlas ó remediarlas.

Definición.—Se dice que es distócico el parto, siempre que el mecanismo de la expulsión del huevo humano sufre alguna perturbación, por parte de las fuerzas expulsivas *(Disodinia)*, por estrechez de la via que debe recorrer *(Mogostocia pélvica)*, por anomalías de situación, forma ó volumen del feto *(Mogostocia fetus)*, que dificulta, hace peligrosa ó imposibilita su marcha y su salida.

Advertencias importantes. — Sean cuales fueren los motivos que originen la distocia, el partero nunca perderá de vista: 1º que su misión al lado de la paciente es allanar por medios adecuados, y hasta donde sea posible, la causa ó causas que dificulten,

imposibiliten, ó hagan peligroso el trabajo del parto; no olvidando áun en el trance más serio y apurado, que la naturaleza se sobrepone muchas veces á las situaciones desfavorables, y suele vencer toda clase de obstáculos; 2º que mientras ella sola fuere capaz de ejecutar el parto *sin peligro para la madre y el producto*, no le es lícito arrogarse sus fueros ni intervenir, áun con el simple intento de ayudarla; 3º que antes de proceder en cada caso, debe calcular con exactitud los límites de la actividad de la naturaleza, medirla rigurosamente, y conocer bien cuándo su potencia es nula ó ineficaz; 4º por último: resuelto á intervenir, y elegidos los medios, se propondrá imitarla sin desviarse una línea de lo que ella hace en situaciones parecidas ó idénticas, ni transgredir jamás sus sabias leyes, so pena de hacer estéril su labor é incurrir en grave responsabilidad.

PRIMERA ESPECIE DE DISTOCIAS.

Disodinia.

Si la fuerza expulsiva es nula, insuficiente ó irregular, la indicación es despertarla, reforzarla ó regularizarla. Como la inercia idiopática sea rarísima, bastará buscar y

combatir la causa ocasional ó determinante de la inercia sintomática, para volver las cosas al estado normal. *Lo relativo á la disodinia consúltese en el Cuadro Metódico II de la 2ª parte.*

SEGUNDA ESPECIE DE DISTOCIAS.

Mogostocia pélvica.

Si el parto fuere dificultoso, peligroso ó imposible porque haya desproporción entre el volumen del *feto bien conformado, situado convenientemente*, y el calibre del canal vulvo-uterino, anormal por cualquiera circunstancia, la indicación es hacer desaparecer ó disminuir, en lo posible, al menos, esa desproporción.

Pronóstico.—El pronóstico debe buscarse en la naturaleza y grado del obstáculo, y en las dificultades que hubiere para remediarle. El partero siempre ha de manifestar su opinión y cuanto tema y espere, con lealtad, prudencia, y las debidas reservas.

Causas.—Vicios de conformación congénitos ó accidentales de las diferentes partes del canal vulvo-uterino, como estrechez de la vulva y vagina; persistencia del himen, cicatrices, estrechez del orificio uterino, su

aglutinación, oclusión cicatricial, alargamiento edematoso y prolapso del labio anterior; trombus, abscesos, pólipos, eareinoma y otros tumores redueibles ú operables, ó irredueibles é inoperables; replesión de la vejiga de la orina, cálculos urinarios, cistóeele vaginal, atascamiento del recto, etc., cte.: vieios de eonformaeión de la pelvis, parciales ó totales, eongénitos ó aecidentales, causados por raquitismo, osteomalacia, luxaeiones femorales, fraeturas, exostosis, encondromas, osteosareomas, osteoteatomas intrapélvicos (rarísimos en Méxieo).

Tratamiento.—I. Las diversas anomalías de los órganos sexuales, de los anexos y contiguos al canal, demandan el tratamiento adeeuado á eada una de ellas. Desocupar el reeto, saear la orina con la sonda, y, si fuere indispensable, por la puneión supra-púbica. En easos muy neeesarios se deben cortar los repliegues eieatriciales y tabiques membranosos, dividir las eieatriees, vaeiar los abscesos y trombus, praetiear una ó varias incisiones en el tumor ó tumores situados en el euello, desviar ó arranear los pólipos, desviar los eáleulos ó extraerlos por la talla vaginal, redueir las hernias y oponerse á su re-

producción, levantar sobre la cabeza del feto y librar de la compresión al labio anterior del orificio uterino, operando en el intervalo de dos contracciones, etc., etc.

II. Cuando las anomalías de la pelvis y sus vicios de conformación no pasen de ciertos límites, no deben ser vistos como obstáculo serio de la terminación del parto. La naturaleza hace entonces esfuerzos excepcionales, reduce y acomoda á la cabeza en el canal estrechado, y la hace salir ilesa aunque deformada (deformación pasajera). Pero si traspasan esos límites, además de que la expulsión no se puede verificar porque es físicamente imposible, lo largo y lo esforzado del trabajo exponen la suerte del producto y de la madre. Para evitar á tiempo estos inconvenientes y los que ocasiona de ordinario la intervención tardía del arte, lo aceptado hoy es *provocar el parto prematuro* ó *el aborto*, conforme á las circunstancias.

A. El diámetro más acortado mide 8 centímetros. Feto móvil, *versión podálica.* Feto inmóvil, *fórceps.* Uno ú otra ejecutados con habilidad en sus respectivas esferas de acción, pueden terminar el parto felizmente. ☞ Si fracasare una tentativa, repítase va-

rias veces antes de apelar á medios extremos.

B. El diámetro más menguado mide 74 milímetros ó muy poco menos. EL FÓRCEPS CESA DE SER APLICABLE. Puede intentarse la versión si la pelvis es oblicuo-ovalar. *La sinfisiotomía y la pubiotomía han sido definitivamente borradas de la lista de las operaciones obstetriciales.* Si el feto vive y puede adquirirse la convicción de que sea viable y bien conformado (la averiguación casi es imposible), propóngase la *operación cesárea clásica, la amputación útero-ovárica*, y la *embriotomía*, manifestando á la madre lo que tiene que esperar de cada una, para que libremente elija. Rehusa las dos primeras, vive el producto y no urge terminar el parto, debe esperarse á que muera el feto; luego, *perfórese el cráneo con las tijeras de Smellie ó de Blot, y ejecútese la cefalotripsia.* Es indispensable concluir, porque lo demandare el estado de la madre; sin pérdida de tiempo procédase á la extracción del feto vivo ó muerto, conforme queda dicho.[1]

1 Siempre que esté en peligro la existencia del feto durante el trabajo natural ó artificial del parto, así como cuando nazca asfixiado, congestionado, dé-

C. El diámetro más reducido mide de 65 á 25 milímetros.

Cuando la estrechez pélvica haya podido ser diagnosticada con la debida oportunidad, debe proponerse la *provocación del aborto* y ejecutarle previa consulta con varios profesores respetables. Si se llegare fuera de tiempo, propóngase la *operación cesárea clásica ó la reformada* y la *embriotomía*, como en *B*. Perforado y vacío el cráneo, practíquese la cefalotripsia varias veces, pero poniendo entre las diversas sesiones ciertos plazos prudentemente calculados: en cada una de ellas debe procurarse hacer pedazos y machacar en todas direcciones, no sólo los huesos de la bóveda, sino también, y *muy particularmente, los de la base; esfenoides, temporales y apófisis basilar.* En cuanto á las tracciones, no deberán hacerse sino hasta el último extremo; quiero decir, cuando después de pasado algún tiempo se adquiera el convencimiento de que la naturaleza no puede expulsar al feto ni áun así. Entretanto, deben sostenerse el ánimo y las fuerzas de la paciente,

bil, ó con alguna monstruosidad incompatible con la vida, el partero ó partera tienen la obligación de bautizarle.

cuidando de alejar todas aquellas causas que de algún modo pudieren debilitar ó perturbar las contracciones de la matriz.

TERCERA ESPECIE DE DISTOCIAS.

Mogostocia fetus.

Cuando el parto sea difícil, peligroso ó imposible porque haya desproporción entre el calibre del *canal vulvo-uterino sano, normalmente conformado*, y el volumen anormal del feto, eual en los easos de mogostocia pélvica la indicaeión es destruir ó disminuir en lo posible esa desproporción.

Pronóstico.—Está basado en las mismas consideraciones que el relativo á la segunda especie de distoeias.

Causas.—*Presentaciones viciosas de tronco y de cara fronto-anteriores.* Presentaeiones *complicadas:* de vértiee ó de eara, eon proeideneia ó caida de uno ó varios miembros. *Parto gemelar:* aboeamiento simultáneo de partes de ambos fetos. *Posiciones inclinadas:* de vértice ó de eara. *Aumento total ó parcial del volumen del feto:* muy desarrollado, pigmeo, macroeéfalo, hidrópico, hidroeéfalo, exencéfalo. *Monstruos compuestos:* eusomfalianos, monomfalianos, monocefalianos, etc.

Tratamiento.—I. Inténtese el allanamiento del obstáculo, por la regularización manual, por medio de la versión, ó con el fórceps. En los Cuadros I y III de la 3ª parte está detallado cuanto hay que hacer, siempre que la desproporción no oponga obstáculo insuperable á la versión, á la aplicación de las pinzas, y á los movimientos y tracciones propios de esas maniobras.

II. Si los medios dichos fuesen insuficientes, no queda otro arbitrio que disminuir el volumen del feto por medio de instrumentos vulnerantes. *Presentación de tronco: la decapitación clásica, el corte subaxilo-supraclavicular* de A. Ortega, el *biaxilar* mio, la *eventración*, el *corte raquiabdominal;* el *craneoclasta* y el *cefalotribo;* medios operatorios todos buenos, con tal que estén *indicados*. Véase el Cuadro Metódico III de la 3ª parte. *Abocamientos cefálicos, de vértice complicados, ó de cara (fronto-anteriores): perforación del cráneo y excerebración,* solas, ó seguidas de la *aplicación del craneoclasta ó del cefalotribo (cefalotripsia sucesiva sin tracción ninguna), fórceps-sierra de Van-Huevel. Macrocefalia y posiciones inclinadas*, idem, idem. *Hidrocefalia, anasarca, ascitis, dilatación excesiva de la ve-*

jiga de la orina: puneión con el trócar común, fórceps, eefalotribo. *Enclavación:* embriotomía. En general, el partero antes de proceder debe formar un plan de operaciones adeeuado á cada caso, llamando siempre en su socorro á personas reeonoeidas por su experiencia y práetica en el arte de los partos.

Partos de fetos monstruosos.—Por lo eomún son expulsos naturalmente antes del término fisiológieo del embarazo. La naturaleza sola, ó auxiliada del arte, vence los obstáeulos. En easos extremos, *embriotomía.*



V

CUADRO METÓDICO

Del tratamiento de la distocia hemorrágica por implantación anormal de la placenta, y de la distocia eclámpsica, histérica y epiléptica.

I.—DISTOCIA HEMORRÁGICA.

Aunque la conducta del partero en casos de hemorragia se encuentra pormenorizadamente detallada en el Cuadro III, 2ª parte, en vista de la gravedad que tiene la pérdida de sangre causada por inserción viciosa de la placenta, y del desacuerdo que reina aún sobre la manera de remediarla, he creido conveniente fijar con el detenimiento que tan árduo asunto merece, las reglas á que ha de normarse la asistencia facultativa, poniendo desde luego á un lado las que dan los autores, porque la observación enseña que los me-

dios hemostáticos generalmente recomendados para contraer las fibras lisas y los tejidos contráctiles, ni sirven, ni pueden servir en esas circunstancias. *El único medio hemostático eficaz cuando hay inserción viciosa de la placenta, es el desembarazamiento uterino.*

Regla 1ª En caso de hemorragia durante los meses mayores del embarazo hágase el diagnóstico exacto del sitio donde esté situada la placenta.

Regla 2ª Si el partero logra asegurarse de manera que no le quepa duda, de que la hemorragia procede del despegamiento de la placenta previa, áun cuando en el acto de la visita la pérdida de sangre fuere leve, debe aplicar el tapón desocupando antes el recto y la vejiga.

Regla 3ª Si por la exploración encontrare que las membranas están rotas, no dilatado ni dilatable el cuello uterino, además de poner el tapón, aplicará un vendaje abdominal ajustado, para impedir que la hemorragia se trueque interna, y desde ese momento no se apartará de la paciente.

Regla 4ª Si la inserción de la placenta es marginal, están intactas las membranas, y el orificio dilatado ó muy dilatable natural-

mente, ó por efecto del tapón, debe romper la fuente y observar el efecto hemostático de este medio, para dejar subordinado el trabajo á los esfuerzos de la naturaleza, ó ejecutar el parto manual, según que la hemorragia se contuviere ó continuare.

Regla 5ª Cuando supuestas las circunstancias del caso anterior el producto esté muerto, después de romper las membranas despegará y extraerá la placenta (con cuyo arbitrio se contiene á veces la hemorragia), y confiará el parto á la naturaleza, ó lo ejecutará luego si la pérdida continúa.

Regla 6ª Cuando en las circunstancias de la regla 5ª viva el feto, sea marginal ó central la inserción placentaria, inmediatamente después de despegarla y sacarla practicará la operación que estuviere indicada: fórceps, versión, parto manual; teniendo presente que de su destreza y sangre fria pende la salvación de la vida de la madre y del producto.

II.—DISTOCIA ECLÁMPSICA.

La epilepsía aguda de las embarazadas, de las parturientes y de las puérperas, es enfermedad tan peligrosa y de marcha tan rá-

pida, que por ello demanda del partero la asistencia más afanosa é inteligente: debe prevenirla cuando amenace, y combatirla cuando estalle.

Naturaleza. — Depende esencialmente de modificaciones particulares producidas por el embarazo en la composición de la sangre (intoxicación urémica) y el sistema nervioso, en virtud de las cuales crece de un modo insólito la excitabilidad refleja de los centros nerviosos.

Causas ocasionales.—Albuminuria puerperal, plétora general, nuliparidad, dilatación del útero por hidroamnios ó preñez gemelar; suma actividad del útero al principio del trabajo, traumatismo de los nervios del cuello y de la excavación pélvica por tracción ó compresión, contracciones irregulares; indigestión, plenitud de la vejiga y del recto; penas morales, etc., etc.

Prodromos.—Entre éstos los más notables son: cefalalgia, dolor epigástrico, grande agitación interior, súbito cambio de carácter, indiferencia por cuanto las rodea, fotofobia, ambliopía y hasta amaurosis, y ligeras convulsiones de los músculos de la cara. Frecuentemente faltan estos síntomas.

y sin previo aviso el espasmo reflejo estalla súbitamente.

Advertencia importante.—El útero, cual los demás músculos voluntarios é involuntarios, puede contraerse tan enérgicamente en cualquiera de los paroxismos reflejos, que de ello resulte la expulsión del producto vivo, real ó aparentemente muerto: por lo mismo el partero debe estar atento para socorrerle en el primero y último casos. La eclampsia, grave como es para la madre, lo es más aún para el feto, que de ordinario sucumbe asfixiado á los primeros ataques. Puede acaecer también que el útero se rompa, y entonces hay que socorrer á la madre conforme queda dicho en el Cuadro número III, 2ª parte.

Pronóstico.—Siempre es muy grave; pero es más todavía cuando el trabajo del parto no se ha insinuado, cuando existen serios obstáculos para la expulsión del feto, cuando su extracción demanda operaciones toconómicas largas y penosas, y cuando los paroxismos se suceden sin interrupción. Las mujeres pletóricas y las muy robustas corren más riesgo que las flacas y delicadas. La eclampsia que estalla cuando el parto está

avanzado y puede terminar pronto natural ó artificialmente, así como la que viene después del parto y durante el puerperio, son relativamente menos graves.

Profilaxia.—Si la embarazada está edematosa, haya ó no albuminuria (lo primero debe hacer temer mucho la eclampsia), sin pérdida de tiempo procúrese mejorar la composición de la sangre por medio de los tónicos y analépticos muy albuminosos (carne, huevos, leche); se excitará la diuresis y la transpiración cutánea por medios á propósito (diuréticos, sudoríficos,[1] baños, frotaciones, ejercicio) y se cuidará además de mantener desahogado el intestino por medio de lavativas laxantes. En las mujeres notoriamente pletóricas prueban bien las sangrías depletivas.

Tratamiento curativo.—Apenas se in-

1 En estos casos prefiero la hidroterapia y sobre todo el uso de la pilocarpina bajo esta forma: *solución de goma arábiga una onza; clorohidrato de pilocarpina un grano; jarabe de azahar dos dracmas;* para tomar por cucharadas cafeteras cada cuarto de hora, suspendiéndolas tan luego como venga el sudor, é insistiendo en su uso á largos ó cortos intervalos según indique la necesidad; pero de modo que el equilibrio de la tensión arterial se restablezca muy gradualmente con la menor molestia posible.

sinúe el acceso eclámpsico, se vaciará el estómago (sulfato de zinc 8 granos; agua y jarabe de ipeca, de cada cosa 1 onza: una cucharada cafetera cada 5 minutos: efecto seguro y rapidísimo), el recto y la vejiga, y se inyectará bajo la piel éter sulfúrico ó cloroformo, ó se dará uno ú otro en inhalaciones. *Este medio usado con largueza es el único que puede disminuir la excitabilidad refleja exagerada, modificar la intensidad de los accesos, y hasta retirarlos.* Las inhalaciones anestésicas deben suspenderse durante el ataque y el coma, y reemplazarlas con aire puro ó con oxígeno; medio que preconizo en vista de los buenos resultados de esta práctica. Al iniciarse el nuevo paroxismo debe volverse á las inhalaciones de los anestésicos. Cuídese de introducir entre las mandíbulas un bastoncillo de madera ó el mango de una cuchara envueltos en un lienzo, y además, sin emplear nunca la fuerza y la violencia, evítese que la cabeza, los brazos y las piernas golpeen sobre cuerpos duros que puedan lastimarlos. Los procedimientos ulteriores varían según las circunstancias.

Eclampsia en los últimos meses.— Provocación inmediata del parto, reblande-

ciendo y dilatando el cuello uterino por inyecciones de agua tibia hechas con cualquiera jeringa de corriente continua (procedimiento nacional). Logrado lo uno ó lo otro, desembarácese la matriz. Si el caso urge y la dilatación no estuviere completa, *desbrídese* el orificio (dos ó tres incisiones de 5 milímetros), y no se fuerce el paso, como quieren algunos.

Eclampsia durante el parto.—Póngase en planta lo dicho, en todas sus partes, y tan luego como el orificio sea dilatable ó esté dilatado, desocúpese la matriz practicando la operación que estuviere indicada.—(Aplicación del fórceps, versión, parto manual.)

Eclampsia después del parto.—Ya aparezca entonces, ya sea continuación de la iniciada desde antes del parto, el tratamiento general es siempre el mismo. Si no cediere, se recurrirá á los derivativos cutáneos (vejigatorios con la pomada de Gondret en los lagartillos y pantorrillas), y á los intestinales (purgantes y enemas drásticos). Además, se dará al interior en poción y lavativas, bromuro de potasio asociado con hidrato de cloral.

Las emisiones sanguíneas copiosas (mé-

todo inglés) á discreción, usadas sistemáticamente, han dado en México resultados fatales; lo cual puede depender, tal vez, de que la constitución de nuestras mujeres generalmente es endeble y aglobúlica. El uso de las altas dosis de opio (método de Brummerstädt) hasta producir el narcotismo, no ha correspondido á los deseos de los que le preconizan: en mi sentir, el opio, sus alcaloides soporíficos, la narceina, codeina, morfina, y sus sales, están seriamente contraindicados en el tratamiento de la eclampsia.—Siempre que aquí ha solido recurrirse á los opiados, ó el mal se ha exacerbado, ó los resultados han sido funestos.

III.—DISTOCIA HISTÉRICA.

Las convulsiones histéricas que perturban la marcha regular del parto, deben combatirse por medio de los antiespasmódicos: éter sulfúrico, licor de Hoffmann, valerianato de amoniaco, bromuro de alcanfor, etc., etc. Cuando el mal no ceda, deberán hacerse inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico ó cloroformo, y en casos necesarios se harán inhalaciones de uno ú otro. Si el acceso fuere causado por algún dolor vivo, se inyectará

clorohidrato de morfina. La belladona (pomada ó extracto) aplicada en el orificio uterino, no sirve para el caso. Recurrir á medios extremos, al parto artificial, v. gr., como algunos aconsejan, es demasiado para tan poca cosa.

IV.—DISTOCIA EPILÊPTICA.

La epilepsía propiamente dicha puede estallar durante el trabajo del parto. La experiencia enseña que en esas circunstancias lo único que debe hacerse es evitar que la parturiente se estropee. En casos muy urgentes se terminará el parto. El estado puerperal no contraindica el uso continuado del bromuro de potasio, de alcanfor ó de zinc, para tener á raya á los paroxismos epilépticos; al contrario, el *bromismo* prueba perfectamente, como la observación me lo tiene demostrado.

TERCERA PARTE

I

CUADRO METÓDICO Y TECNOGRÁFICO

Del fórceps y sus indicaciones.

PREÁMBULO.—Cosa es clara que para hacer buen uso de una máquina ó de cualquier instrumento, complicado ó sencillo, primeramente se han de conocer con perfección su mecanismo y las aptitudes de su destino. Las grandes pinzas llamadas *fórceps* están inclusas en esta regla, y tanto por eso, cuanto por ser uno de los medios usuales para sacar del canal pélvico cabezas de fetos, en ocasiones que la potencia orgánica ó *vis a tergo* no basta á expelerlas, mérito hay de sobra para estudiar ese instrumento bajo el punto de vista tecnológico, con el loable intento de que fijadas una vez bien sus peculiaridades y lo demás que á él se refiere, la

continuación de su uso sea racional y benéfica, como ha de serlo, y no brutal y dañosa, como lo es cuando al emplearle se ignoran, olvidan ó menosprecian todas ó siquiera una sola de sus peculiaridades.

La circunstancia de tratarse de unas *pinzas*, inmediatamente revela que se inventaron para coger algo; y pues su tamaño, estructura y forma se calcularon para adaptarlas á la estructura, forma y tamaño de las cabezas de fetos maduros, colígese también que las pinzas en cuestión tienen por destino *coger cabezas*, y *cabezas únicamente*. Pretender con todo eso que asimismo sirvan para coger al feto por el extremo pélvico, es pues una incalificable extralimitación de su destino y aptitudes. Generalmente hablando es cierto que la misión de cualesquiera pinzas es coger; mas lo es también, que cada una de las muchas que se conocen tiene su fin especial, su adecuación: las que se fabrican para extraer las sutiles espinas de los frutos, v. gr., no sirven para coger una brasa ni arrancar un pólipo; y ni éstas ni aquellas ni las otras se emplean jamás para asir un cuerpo extraño atorado en la laringe ó el esófago, ó para extraer una piedra encerra-

da dentro de la vejiga de la orina. Aquí tiene su genuina aplicación, quiérase que no, aquello de: *cada cosa en su lugar y un lugar para cada cosa.*

¿Qué objeto ú objetos tienen las pinzas destinadas á coger cabezas? Juzgadas *a priori*, su único objeto es tomar á los fetos de la cabeza para sacarla del canal pélvico, cuando el natural esfuerzo no puede lanzarla de allí. Juzgadas *a posteriori*, quiere decir, con vista de la hoja de méritos y servicios prestados por ellas en la práctica diaria de los partos, entre las manos de personas expertas que saben sacar partido de sus benéficas á la par que inimitables aptitudes, sus objetos, que unas veces responden por su singularidad, y otras por su pluralidad ó colectividad, pueden ser varios. Partiendo de lo sencillo á lo complexo, de los hechos muy comunes á los que no lo son tanto, esos objetos son: 1º Sustituir ó reforzar la potencia uterina cansada, agobiada, insuficiente por sí sola, para hacer salir la cabeza: más claro, la *vis a fronte* ayuda ó totalmente suple á la *vis a tergo.* 2º Reemplazar á la potencia, ó venir en su auxilio, haciendo que por su mediación la cabeza ejecute alguno, algunos

ó todos los movimientos acomodativos que expeditan su pasaje, y sin los cuales es materialmente imposible la salida. 3º Sobrepujar la resistencia que de por sí oponen á la marcha progresiva y regular del parto, ó la falta de avenimiento de formas, ó la desproporcionalidad intrínseca ó extrínseca entre el tamaño de la cabeza, pecho ó vientre y el calibre del canal, con tal de que esa desavenencia ó desproporcionalidad no lleguen á tanto que las cualidades inofensivas del instrumento se tornen ofensivas. 4º y último. Salvar la vida de madres y niños formalmente amenazadas por la emergencia casual ó prevista de alguno de los accidentes que suelen sobrevenir durante el parto, como hemorragia, eclampsia, sofocación, asfixia, que no se curan sino ejecutando el pronto desembarazamiento.

Si nuestras manos cupiesen en el canal ocupado por la cabeza; si pudiéramos deslizarlas por el reducido espacio que entre uno y otra queda; si deslizadas, y asida la última en toda regla, no resbalasen, ¿qué aceradas pinzas podrian competir con las manos, y quién sería tan necio que por el prurito de lo aparatoso, nada más, las pospusiera al

instrumento? Si las operaciones que se practiean por medio de instrumentos invulnerantes pudiesen alguna vez ser llevadas á eabo con las manos desarmadas solas, es indudable que entonces una gran parte de la medicina operatoria daría avanzadísimo paso en el camino de lo más expeditivo, de lo menos ofensivo y de lo más seguro. Pero mientras eso no sueeda, supuesto que nuestras dos manos no eaben en la apretada via; supuesto que una (que puede eaber), si basta, á veees, para haeer lo debido, otras, las más, es insuficiente, ó porque, aunque eoja, resbala; ó porque, aunque no resbale, no pueda desplegar la neeesaria fuerza; ó porque, aunque pudiera desplegarla, no puede poner en juego el inmenso poder que para lanees tales procuran los ardides de la destreza y el despejo que da la habituación (en achaques operatorios reeursos de mucho más efecto y aleance que la *fuerza*); habremos de conformarnos y resignarnos con lo que hay, que basta y sobra. Colocados en este extremo, la única salida que queda es reeurrir á medios auxiliares supletorios, que la cieneia y el arte de consuno idean, disponen y adecúan al objeto á que se les destina; de modo

que al emplearlos, el fin deseado se consiga, sin echar de menos, empero, lo inofensivo y lo expeditivo de las manos desarmadas: al contrario; medios auxiliares supletorios y complementarios que sumisamente sigan el camino que las manos les demarquen; que obedezcan y ejecuten punto á punto lo que el diestro operador les prevenga y compulse á hacer.

De esta clase de medios excelentes y peregrinos es el fórceps clásico, el de Levret; y lo es tanto, que cuanto se haya dicho y escrito en su elogio, poco es á mi ver. Básteme decir que está muy por cima de los ciento treinta y tantos conocidos hasta el dia, y que es el imperante entre los parteros que merecidamente han alcanzado en el orbe científico fama de hábiles *artistas*. En la construcción de estas pinzas, ciencia y arte lograron cohonestar los intereses de madres é hijos: bien manejadas, atended bien á esto, bien manejadas, tan inofensivas son para unas como para otros. Bien dirigidas, ejecutan ni más ni menos lo mismo que ejecutarían y harían las manos solas. ¿Puede pedirse más? Toman la cabeza del feto de los puntos precisos que el raciocinio y las manos

prefieren para obtener mayores ventajas, ora por lo que mira á la indemnidad de la cosa tomada, ora por lo que toca á la importancia y seguridad del acto ó actos que el caso clínico demanda durante la ejecución. Demás de esto, el fórceps, sea en el momento de su introducción y acomodamiento, sea en el de los giros y movimientos que por su mediación se realizan, deja ilesa la via en que han lugar esas evoluciones.

Resumiendo lo dicho en el preámbulo, saltan á la vista las siguientes conclusiones: 1ª Las pinzas á que me refiero son buenas, porque se adecuan á la forma de la cabeza del feto, tomándola de los puntos simétricos más ventajosos (de las orejas), y porque se adecuan también al trayecto curvo de la via pélvica por donde entran y salen. 2ª Sin causar el más leve daño, y con la seguridad apetecible, suplen á la potencia, *vis a tergo*, con otra potencia equivalente, *vis a fronte*, para acomodar la forma de la cabeza á la del canal y sacarla de él: el fórceps, por tanto, es una fuerza ó potencia toda *conductiva y acomodativa*. 3ª El fórceps contraresta y se sobrepone á las resistencias pasivas, naturales ó accidentales, en los justos límites de lo

hacedero y razonable. Pasar de esos límites es salirse de lo racional y lo debido.

Exagerando y ponderando, algunos autores han hablado sobre la *cualidad reductiva del fórceps,* pretendiendo con eso acrecer y enaltecer más todavía (cual si se necesitase de veras) las aptitudes propias de ese instrumento. Pero como la supuesta nueva virtud de seguro no entró en los cálculos y miras del inventor, que bien supo lo que hizo, y aun cuando hubiera entrado, más que como virtud debe tenérsela como defecto, porque la tal cualidad es contraproducente y nociva; de ahí es que cuantos saben lo que hacen, ciñéndose y ajustándose á lo debido, se abstienen de ponerla en juego, y dejan encomendada la tan deseada reducción del volumen de la cabeza al canal pélvico, que es á quien de derecho toca hacerla. Por tanto, limítese á hacer la sujeción de la cabeza con las pinzas, de modo que no pueda zafarse: ir más allá, cual sucede siempre que al empuñar los mangos se comprime demasiado, tiene el inconveniente de que la reducción transversal provocada por la compresión, es fatalmente compensada por el alargamiento proporcional de los diámetros longitudinales.

La sana práctica enseña que la reducción del volumen de la cabeza conducida por el fórceps es total y uniforme, y que quien la hace no es él, sino el canal mismo, que amolda, aviene y ajusta al todo, conforme en su caso lo verifican la hilera ó el anillo del lapicero de dibujante llamado *porte-crayon;* de suerte que la presencia de las cucharas y su sujeción á la cabeza, ni es estorbosa ni se opone á que la resistencia pasiva natural del canal pélvico coadyuve al acomodamiento y avances del feto, del propio modo que cuando por efecto de la *vis a tergo* va saliendo.

Cuando hablé de la potencia uterina conductiva y acomodativa en el parto natural, ó sea de la *vis a tergo*, dije (páginas 81 y 82) que la diminución de volumen del ovoide fetal, la cabeza á la vanguardia, resultaba del armónico concurso del completo doblegamiento de la cabeza, de la superposición del borde superior de uno de los parietales sobre el otro, del hundimiento de los ángulos truncos del coronal y occipital bajo los ángulos parietales ántero y póstero-superiores, y demás de todo eso, del ajuste forzoso del ovoide al molde constituido por el canal óseo, que

en tales casos opera al modo del laminador ó de la hilera, contribuyendo de un lado la forma, el volumen, la elasticidad, la compresibilidad del cuerpo por amoldar, *el feto*, y del otro, la forma, la dirección, la capacidad, la resistencia y lo resbaladizo del molde, ó sea *el canal.* Pues bien, el empleo de la potencia artificial conductiva y acomodativa, la *vis a fronte*, ó sea la fuerza que se ha de aplicar á las pinzas, ha de basarse en las mismas consideraciones, puesto que siendo el problema dinámico uno mismo en el fondo, no habiendo más diferencia que la que importa el cambio de lugar en la aplicación de la fuerza, no existe razón plausible ninguna para que se despliegue más cuando se trata de la artificial. *La fuerza siempre debe ser calculada y proporcionada á la resistencia pasiva, pero de modo que nunca se peque por carta de más ni de menos: en cuestiones de esta suerte, el sacar á fuerza es malo, así como el sacar á fuerza de maña debe ser el desideratum.* De otro modo tendriamos que convenir en que los mejores parteros serían, no los más diestros, sino los que tuvieran más pujanza, los más forzudos; y esto ni es, ni ha sido, ni será jamás verdad.

Campo de aplicación del fórceps.—*La excavación ó sea el canal pélvico.* Esta limitación se infiere del tamaño y de la forma dada al instrumento. Quienes con él pretenden cojer cabezas colocadas arriba del canal, ó lo que es lo mismo, en el recinto de la gran pelvis, aspiran á hacer cosas imposibles. Los fórceps, el de Tarnier entre otros, construidos bajo estas miras, no han conseguido realizar el deseo de sus autores. Como el clásico, cojen cabezas encajadas ya en el estrecho pélvico, pero no libres en la gran pelvis, según se pretende. En estos casos la versión ó alguna de sus modalidades son las únicas operaciones practicables. *El campo de la versión es la gran pelvis.* Los requisitos que ambas operaciones demandan justifican sus respectivas limitaciones; una de ellas (la versión), exige la *movilidad del producto*, y la otra (el fórceps), su *inmovilidad.*

Requisitos indispensables para hacer la aplicación del fórceps.—Abocamiento cefálico (vértice ó cara), que esté fijo ó se pueda fijar. Cuello uterino totalmente dilatado ó muy dilatable. Membranas rotas.

Indicaciones.—1ª Cuando el trabajo se dificulta porque la cabeza no puede ejecutar

uno ó algunos de los movimientos dinámicos del parto (descenso, rotación, flexión, extensión). 2ª Casos de potencia insuficiente (*cansancio é inercia de la matriz*). 3ª Cuando haya necesidad de vencer la resistencia que físicamente opone á la marcha natural del parto, ó la falta de avenimiento (*acomodamiento*) del continente y contenido, ó la desproporción entre el calibre del uno y el volumen del otro, si la desproporción no es tal, que absolutamente se oponga á la aplicación de las pinzas, y á las evoluciones indispensables que por medio de ellas se ejecutan: presentaciones de vértice y cara inclinadas; complicadas de caida de uno ó más miembros; fetos muy desarrollados, macrocéfalos, hidrocéfalos, hidrópicos; estrechuras pélvicas en las cuales el menor de los diámetros mida 74 milímetros, que es el límite mínimum de la aplicación del instrumento. 4ª Todos aquellos casos en los que cualquier accidente que amenace la vida de la madre, del feto, ó de ambos, demande la pronta terminación del parto: trastornos de la circulación fetal, procedentes de la rotura temprana de la fuente, de lo largo y penoso del trabajo; cortedad natural ó accidental del cordón umbilical;

hemorragia, eclampsia, agotamiento; sofocación procedente de lesiones cardiacas ó de enfisema orgánico ó traumático.

Preparativos.—Los indispensables para atender á cualquiera emergencia.—Postura toconómica transversa. Véase el Cuadro núm. II, 3ª parte.

Cloroformo.—A este respecto véase lo que apuntado dejo en el Apéndice.

Todo listo y puesto el mandil, remangada la camisa, ungido con grasa ó vaselina fenicada el dorso de la mano derecha, puesto de pié ó sentado, con la otra procede á abrir la vulva, desvía al vello á uno y otro lado, para expeditar el paso y ahorrar á la paciente el dolor ó la molestia que le causa arrastrarle y tirar de él. Entretanto, el ayudante habrá introducido las cucharas en una vasija con agua tibia, y ya templadas, las enjugará con un lienzo y untará la superficie externa con grasa ó vaselina.

Manual operatorio.—Regla 1ª Antes de proceder, el operador hará de la manera más exacta posible el diagnóstico de la presentación, posición y situación actual de la cabeza del feto. Regla 2ª Supuesto que la figura del fórceps ha sido adecuada á la for-

ma del canal pélvico, sus bordes cóncavos siempre deberán estar dirigidos adelante, y los convexos atrás: y puesto que á la par ha sido adecuado para tomar la cabeza en dirección del diámetro biparietal, ó sea por las orejas, cuídese con esmero de poner las cucharas de modo que cada una de ellas quede aplicada sobre la región parietal correspondiente, procurando que los bordes cóncavos miren en el sentido de la región que en cada caso deba ser conducida bajo del arco púbico. Como quiera que esta regla puede ser fielmente cumplimentada cuando la cabeza está muy baja (excavación, estrecho inferior), y no puede serlo cuando está bastante alta (un poco abajo del estrecho superior); en el primer caso las cucharas toman la cabeza conforme dicho queda, y en el segundo, hacia uno y otro de la pelvis (diámetro biilíaco), mientras se la baja; una vez llegada á la excavación, se desmonta el instrumento, se extraen las ramas haciéndolas retroceder en el mismo camino que llevaron al entrar, é incontinenti se procede á una nueva aplicación, para situarlas conforme á la regla que sigue: *Las manos siempre deben servir de guía durante la introducción y colocación de las cucharas.*

La mano derecha es la conductora de la rama izquierda, y la mano izquierda lo es siempre de la derecha. Regla 3ª El mango de la rama izquierda se empuña con la mano izquierda, y esa rama es la que primeramente se introduce siempre por el lado izquierdo del canal. El mango de la derecha se empuña con la mano derecha, y esa rama es la segunda que se introduce siempre, encima de la primera, por el lado derecho del canal. Al proceder á introducirlas sucesivamente, nunca debe olvidarse que una y otra se han de presentar á la entrada de la vagina con la cuchara hacia abajo, el mango arriba, aplicadas de plano sobre la pared del vientre siguiendo el contorno de la ingle opuesta, y que, al meterlas, se las ha de deslizar muy poco á poco en dirección del canal, de delante atrás, y de abajo arriba. Regla 4ª Para colocar la rama izquierda (la primera), engrasado el dorso de la mano derecha, según se ha dicho, se van deslizando los cuatro últimos dedos por entre el canal y la cabeza, y si á su paso tropieza con algo interpuesto (cordón ó miembro procidente), entre lo que procide y aquella, hasta aplicarlos por su cara palmar sobre la región parietal y al-

canzar la mastoides con el extremo. La otra mano, entretanto, inmovilizará á la matriz por el fondo. Una vez allí, se desliza con suavidad la rama, entre la cabeza y la mano interna, y se sitúa de modo, que antes de extraer la conductora el operador esté seguro de que la cuchara queda aplicada en el mismo sitio. Entonces se la confía á un ayudante, que cuidará de mantenerla inmóvil en la situación misma que la recibe del operador, asiéndola del mango. Se limpia la mano interna, se unge el dorso de la externa, truécanse los papeles de una y otra, y, siguiendo paso á paso lo expuesto, desde luego procede á la colocación de la rama derecha. Regla 5ª. En las situaciones francamente directas de la cabeza, las cucharas se colocan conforme queda dicho. Pero si la situación es oblicua, condúcese la rama posterior hasta la sínfisis sacro-ilíaca correspondiente, y llegada allí, por medio de un movimiento en hélice que la mano externa la imprime, se desliza la cuchara lenta y suavemente entre la palma de la mano interna y la cabeza, hasta ponerla sobre la región auricular. En cuanto á la rama anterior, su colocación se hace directamente. El orden de colocación de las

ramas en estos casos es el mismo que fija la regla 3ª Regla 6ª Limpias las manos, el operador recibe los mangos confiados al ayudante, y sin más, procede á su articulación. Este tiempo es muy fácil si las ramas están situadas en puntos simétricos y al mismo nivel, porque los ejes de una y otra, entonees, se tocan y cruzan en puntos igualmente simétricos, que es donde precisamente se encuentran y avienen la muesca y el perno de que están provistas. Varias son las disposiciones ideadas dizque para haeer lo más llana posible la articulación de las ramas del fórceps; pero es preciso persuadirse de esta verdad: por ingenioso que fuere el mecanismo articular, éste no se realizará nunca si la situación no es simétrica, si una rama está más adentro y otra más afuera, una más baja y otra más alta, una más allá y otra más acá. Llene los requisitos, ajústese á las reglas el operador, y la articulación no opondrá dificultad alguna. Regla 7ª Si el operador se ha ceñido en todo y por todo á las reglas dadas para la colocación de las cucharas, es en balde averiguar luego si han cogido la cabeza sola, ó si entre una y otras está comprendido algo extraño (cordón, miembro proeiden-

te, etc.). Mas si cupiere alguna duda, bueno será hacer la averiguación correspondiente introduciendo una mano y recorriendo el campo. Cuando haya algo que corregir, se corrige en el acto extrayendo las ramas y procediendo á hacer nueva y más cuidadosa aplicación. Regla 8ª Teniendo siempre á la vista la presentación, posición y situación de la cabeza, el operador, antes de pasar adelante, tiene que recapacitar sobre los puntos siguientes: I. ¿La postura del fórceps guarda armonía y perfecta conformidad con la de la cabeza? II. Si en efecto la guarda, ¿qué cosas es menester hacer con él á más de tirar? La razón del primer punto de meditación salta á los ojos, porque la más leve discrepancia entre las posturas respectivas es trascendentalísima. Si las pinzas no están en el debido lugar, nada bueno debe esperarse de su empleo; sus aptitudes y cualidades benéficas no pueden desplegarse, sólo por esa circunstancia, y el auxilio que prestan es totalmente contraproducente: origina muchos perjuicios á la madre y al hijo. Más vale, entonces, desarticular el instrumento, sacar las ramas, y proceder á nueva y más cuidadosa aplicación. El operador no debe

preocuparse por eso; porque detenerse para remediar un mal á tiempo, es mostrar prudencia y dar pruebas de que sabe lo que hace. Los temerarios, los presuntuosos, los ignorantes y los necios, son los únicos que no vuelven sobre sus pasos ni retroceden ante el mal ni ante el peligro. La razón del segundo punto de meditación, también es obvia. Un fórceps bien colocado es un instrumento que indica al operador á qué altura se halla la cabeza; hacia qué parte del canal ve la región que ha de conducirse bajo del arco púbico; en qué sentido se ha de ejecutar la evolución del tumor cefálico para lograr este importante objeto; en cuáles otros se han de practicar las tracciones; cuándo se ha de comenzar el movimiento de báscula, para doblarla, extenderla y sacarla de la vulva, respetando así la integridad del tabique perineal; cuestiones todas del más alto interés, por lo que mira á la operación en sí, y de la más alta importancia, por lo que toca á los resultados. Si se pretende hacer bien la operación, antes que nada es preciso ser consecuentes con los principios que presidieron á la construcción del instrumento con que se ejecuta, ceñidos á las reglas dadas por la

ciencia y el arte de consuno. Si la potencia que se despliega con él no ha de ser una fuerza desatinada sino razonable; si por su cooperación se ha de acomodar, conducir y sacar la cabeza del feto, respetando con toda igualdad los fueros de las dos vidas que van de por medio, y por las cuales el partero debe velar, estudie bien cuáles son las exigencias del momento, penétrese de lo que el caso pide, y, una vez bien preparado, marche de frente lleno de confianza y con la conciencia tranquila. Regla 9ª Constituyendo la extracción de la cabeza un acto de pura dinámica, preciso es que la fuerza que se despliegue con las pinzas sea de tal modo y en cantidad tal, que sin pasar nunca los límites de lo estrictamente necesario, el operador logre lo que desee. *El fórceps debe obrar siempre como palanca interpotente, jamás como palanca de primer género.* Los parteros de todas épocas verdaderamente artistas lo han hecho funcionar como es debido; sólo los ignorantes han ejecutado lo contrario: por eso se han hecho y se hacen tantos disparates, por eso se han cometido y se cometen todavía tantos y tan grandes desafueros, de los que asimismo son responsables los autores

que no han puesto especial cuidado en ser explícitos y bastante precisos en sus explicaciones. Sin designar previamente á qué especie de palanca pertenece el fórceps, dicen que estando alta la cabeza se tire de los mangos adelante y abajo, primero; adelante sólo, en seguida; y arriba, luego; de lo que proviene que los bordes cóncavos de las pinzas tomen punto de apoyo en las ramas isquio-púbicas, que resultan estropeadas en razón del esfuerzo directo de la potencia aplicada en el extremo de los mangos, y de la resistencia que reside en las cucharas. Hasta hace poco, con motivo de una polémica interesante entre dos notabilidades francesas, una de ellas puso en claro las cosas, subsanando esa omisión casi general, llenando esa laguna que tantos males irreparables y desastrosos ha ocasionado.[1] *El punto de apoyo único de la palanca fórceps debe ser una de las manos del operador, la que se coloca en el extremo de los mangos, no empuñados, sino enganchados y fi-*

1 Lo más curioso del caso es que, sin mala intención por supuesto, los maestros hacían una cosa (lo debido) y escribian lo contrario. Cuando se escribe sobre asuntos de tanta monta, la pluma tiene que trocarse por el pincel; se debe pintar, y pintar bien.

jados nada más. La resistencia se halla ubicada en las cucharas. La potencia se ha de aplicar á nivel de la articulación y lo más cercana posible al pubis de la mujer. Regla 10ª Recomiendan mucho los autores que el tiro se ejecute en dirección del eje matemático del canal pélvico; pero tal recomendación no debe entenderse al pié de la letra, porque trae aparejada una exigencia imposible de llenar, tratándose de cada mujer, y del fórceps (cualquier fórceps). Para haber de tirar en el sentido rigurosamente matemático del eje pélvico clásico, que es el teorema, deberían encontrarse reunidas siempre estas tres condiciones *sine qua non:* "canal inmóvil, centro inmutable é instrumento inflexible:" sin ellas el pensamiento nunca pasará de ser una quimera. Lo clínico, y, por tanto lo conveniente respecto de esto, consiste en tirar lo más aproximativamente posible; quiere decir, *casi* en dirección de dicho eje; á bien que para complementar lo que falta ha de contarse con el participio que en el asunto toma el canal, el cual, á la vez que de *director*, sirve de *molde*, en un mismo acto, cuando con cuidado se pone en juego la *vis a fronte.* La cabeza no puede dar un solo paso adelante, pre-

císela esta fuerza ó la *vis a tergo*, cuando el canal no la encamina y amolda según conviene. Tírese, pues, siguiendo por sus pasos contados la dirección del canal curvo donde operan las cucharas, consultando punto á punto la que demarquen los mangos succsivamentc; ó en otros términos: tírese hacia abajo si ven abajo, hacia adelante si ven adelante, hacia arriba é inclinándoles al vientre de la mujer si ven arriba. Si debiere hacerse algún giro en tal ó cual sentido, combínense los dos movimientos tirando y haciendo girar simultáneamente al instrumento portador de la cabeza; de modo, por ejemplo, que en las posiciones occípito-anteriores el occipital vaya reconociendo al punto donde se halla el arco púbico, y en las posteriores al de la concavidad sacra. En las fronto-posteriores, la barba ha de dirigirse en busca del arco, y la región fronto-bregmática, de la concavidad sacra. Regla 11ª Para conmutar á las posiciones fronto-anteriores en fronto-posteriores (sin cuyo requisito no puede realizarse el parto artificial), se hacen dos aplicaciones de fórceps sucesivas. En la primera, se procura acercar en lo posible la barba adelante, trayéndola de

atrás; y en la segunda, se la conduce directa y gradualmente bajo del arco púbico. Regla 12ª Una vez extraida la cabeza, se desarticula el fórceps, y se quitan las cucharas retirándolas en un sentido inverso al de su aplicación.

MANERA DE OBVIAR LAS DIFICULTADES DE LA MANIOBRA.

Es difícil aplicar la segunda rama: extráigase la primera, é introdúzcase antes que esta. *La cuchara tropieza contra algún obstáculo:* deslícesela sobre los dedos más bien que sobre la cabeza. *Los mangos quedan muy abiertos:* ó la cabeza ha sido tomada en el sentido de un diámetro desfavorable, ó la cabeza está más desarrollada ó hidrópica; ó con la cabeza se ha tomado alguna cosa de más, algo procidente v. gr.; búsquese la causa, introduciendo la mano y explorando el campo: extráiganse las cucharas, y procédase á hacer nueva y más cuidadosa aplicación. *Al tirar, se nota que el fórceps se zafa:* ó el fórceps está mal aplicado, ó no se ha cuidado de sujetar la articulación, ó el acero de que está construido no tiene el temple conveniente: averígüese la causa y póngase en cada caso el

remedio exigido. *Al tirar la cabeza, ni baja, ni gira, ni se mueve de modo alguno:* Búsquese el por qué; encontrado, subsánese la causa si fuere posible, y en último caso aplácese la tentativa. Si repetida ésta varias veces nada se logra, ocúrrase á la tocurgía, cuando fuere enteramente preciso el desembarazamiento. En caso contrario, espérese, en razón de que la naturaleza por sí sola allana muchas veces toda dificultad. *Natura medicatrix.*

II

CUADRO METÓDICO

De las principales reglas para hacer la extracción manual del feto.

La extracción manual consiste en sacar al feto del canal útero-vulvar con solas las manos, cuando natural ó artificialmente se presenta por la extremidad pélvica y es indispensable terminar el parto.

Indicaciones.—1ª Siempre que las circunstancias del parto agripino no sean del todo favorables á la marcha fisiológica del trabajo, como sucede frecuentemente (con particularidad en las primíparas), y esté comprometida la vida del feto *por la compresión que ambas placentas sufren desde que el útero se retrae, para llenar el vacío que dejan las aguas vertidas en su mayor parte ó su totalidad; lo cual se revela por el escurrimiento*

del meconio algún tiempo después de la rotura de las membranas, ó por la que también sufre el cordón umbilical durante la expulsión del tronco y la cabeza.

2ª Después de que se haya ejecutado la versión podálica ó pélvica, si faltan las contracciones regulares, ó se presenta alguno de los accidentes que demandan la pronta terminación del parto. *(Hemorragia, eclampsia, salida del cordón umbilical, irreducible; síncope, etc., etc.)*

Condiciones de la operación.—Completa dilatación, ó al menos gran dilatabilidad del orificio uterino, y membranas rotas. Vacíanse antes el recto y la vejiga.

Posición toconómica.—Acostada transversalmente, las nalgas puestas adelante del borde del colchón, los miembros inferiores doblados y suficientemente separados, y los piés apoyados sobre dos sillas ó bancos de igual altura.

Prevenciones.—Se tendrán á la mano: una cinta ancha resistente y flexible para atar uno ó los dos piés en caso necesario, y todo aquello que sirve para reanimar á los niños que nacen en estado de muerte aparente: amoniaco, éter sulfúrico, sinapismos,

cánula laringea, agua caliente y fría, etc. También se tendrá listo lo necesario para cohibir una hemorragia uterina: solución de ácido esclerotínico ó de Ivon, cuernecillo de centeno, ventosas, etc.

TIEMPOS DE LA OPERACIÓN.—1º, *extracción de las extremidades inferiores y del tronco; 2º, de los brazos; 3º, de la cabeza.*

MANUAL OPERATORIO.

PRIMER TIEMPO.—*A.* Si la extremidad pélvica no ha pasado del estrecho superior y aun está movible el feto, se irá en busca de los piés introduciendo la mano correspondiente, según se dice al hablar de la versión (Véase el Cuadro núm. III de la 3ª parte). I. *Las piernas están dobladas sobre los muslos:* se toman lo mejor que se pueda y se extraen directamente. II. *Están extendidas sobre el tronco:* llegada la mano hasta las rodillas, se coloca el pulgar en una de las corvas, con los demás dedos se toma la pierna más accesible, y se la hace deslizar luego con suavidad por el plano esternal, hasta sacarla del útero: después, se ejecuta eso mismo con la que queda dentro. *Si la posición es sacro-pos-*

terior y no se pudieren tomar los piés por delante, se colocará á la mujer en las posturas inglesa ó alemana y se operará por detrás.

Cuando la extremidad pélvica se encuentre en la excavación y falte la movilidad del feto, *no se buscarán los piés como en el caso anterior,* sino que introducida la mano correspondiente, se llevará el índice hacia el pliegue inguinal del miembro que esté delante, se enganchará con cuidado, y se tirará abajo y atrás para hacer bajar la extremidad pélvica: tan luego como esto se logre, se introducirá la otra mano, se enganchará la ingle del miembro posterior, y se tirará entonces de ambas, en el propio sentido, hasta conseguir que los miembros y las nalgas salgan de la vulva. Si no fuere posible ejecutar la maniobra, porque la extremidad pélvica esté enclavada, ó porque las ingles no pudieren ser tomadas con seguridad, se hará uso del *gancho romo,* que se guía con las manos cuidando de no herir las partes genitales del feto ni contundir las de la madre. Antes de tirar con él, el operador debe asegurarse de su perfecta colocación. Después de cada tracción se elevará un poco el instrumento para que la circulación del miembro no se dificul-

te. *El gancho no debe emplearse más que en casos muy precisos.*

B. Cuando los piés estén dentro del útero ó en la parte superior de la vagina, se tomarán del mismo modo que para practicar la versión, y se les conducirá afuera de las partes genitales.

Extraidos los piés, si los dedos ven hacia atrás *(posiciones sacro-anteriores)*, envueltos primeramente en un lienzo, para impedir que resbalen de las manos, se aplicarán los pulgares encima de los talones, y los otros dedos sobre el dorso de cada pié, y se tirará de ellos abajo y atrás directamente, haciendo al mismo tiempo un movimiento rotatorio. A medida que desciendan irá tomándoseles más arriba (lo más cerca posible de la vulva de la mujer); de las pantorrillas, de las rodillas, y de los muslos: luego que las caderas se desprendan, los pulgares se aplicarán sobre la región lumbar, y los demás dedos sobre los huesos ilíacos.

En el momento que aparezca el ombligo se tirará de la extremidad placentaria del cordón, y si éste se halla entre los muslos *(cabalgamiento)* se aflojará lo suficiente para pasarle por debajo de uno de los miembros. *Si*

esto no pudiere ejecutarse, lo que es muy raro, se le aplicarán dos ligaduras arriba del ombligo ó de las nalgas, según sea el caso, distantes entre sí tres ó cuatro centímetros, y se cortará en el intermedio: hecho esto, se terminará el parto prontamente.

Si los dedos de los piés ven hacia delante *(posiciones sacro-posteriores)*, al ir ejerciendo las tracciones se advierte que giran primero hacia un lado y luego atrás: desde el principio de la maniobra se ayuda ó se insinúa este movimiento en torno del eje longitudinal del feto, tirando un poco más del miembro situado adelante; luego que la región pélvica haya entrado en la excavación, uniformemente de ambos; y al llegar al piso perineal, más del que quede detrás: en una palabra, *debe imitarse á la naturaleza, para lo cual es preciso tener muy presentes las leyes fundamentales de los fenómenos dinámicos del parto agripino.* ☞ *Las tracciones se ejecutarán durante los dolores, y para facilitar la extracción, un ayudante experto comprimirá el fondo del útero hacia abajo y atrás mientras persista el dolor.* ☜ Esta regla no tiene otras excepciones que cuando accidentes muy graves y apremiantes hagan del to-

do indispensable la terminación pronta del parto.

SEGUNDO TIEMPO.—Aun en aquellos casos en que se han ejecutado fielmente las reglas anteriores, se observa con frecuencia que los brazos se levantan hacia los lados de la cabeza: este levantamiento, que unas veces se hace por delante y otras por detrás, se reconoce por la situación que relativamente guardan los ángulos de las escápulas. *Si se ha verificado por dclante, están lejos de la columna vertebral, y si por detrás, cerca de ella.* Se practica la extracción haciéndoles retroceder sucesivamente en el mismo camino que llevaron, empezando siempre por el posterior. Comiénzase por elevar al tronco con una mano, y luego, se introducen el índice y medio (ó toda ella si fuere necesario) de la que con más comodidad pueda ejecutar la maniobra, yendo *por cl plano dorsal del feto si el levantamiento es anterior, y por el esternal si cs posterior,* á lo largo del hombro y del brazo hasta la articulación del codo; después se dobla ésta, y el antebrazo y la mano se conducen *por la eara y cl pecho,* en el primer caso, y *por el occipital, la nuca y el dorso,* en el segundo, hasta sacarle fuera. Para des-

prender el brazo anterior, se baja el tronco y se pone previamente á salvo el cordón; en cuanto á lo demás, se procede conforme se ha dicho.

TERCER TIEMPO.—Este tiempo es sin duda el más importante de la extracción manual, y á menudo el más difícil de los tres, con particularidad si falta el socorro de las contracciones uterinas. Cuando no existan, debe provocárseles por medio de fricciones abdominales, de la refrigeración súbita de la pared del vientre, etc., etc., *pero nunca por el cuernecillo de centeno.* Si la cara ve directamente abajo y atrás, si la nuca está simétricamente situada tras del cuerpo del pubis, y si sobre él descansa la región occipital, con la mano derecha se toman los dos piés, se les eleva y levanta el tronco, para facilitar la entrada de la izquierda, que, engrasada por el dorso, se introduce cuidadosamente deslizándola por el plano esternal, el cuello, la cara, avanzando siempre, hasta que la extremidad de los dedos llegue á la región occipital. Una vez allí, sepáranse para abarcar la cabeza, y asida ésta lo mejor que se pueda, se hace el movimiento de báscula en el sentido de la flexión, conduciendo

al propio tiempo el tronco hacia el vientre de la mujer. A la sazón, un ayudante inteligente aplica las manos sobre la región hipogástrica y comprime al tumor cefálico hacia abajo y atrás, para favorecer el movimiento de flexión y báscula que ejecuta y lleva á cabo el operador.

Este método, que lleva mi nombre, es expeditivo, y da el resultado que se desea siempre que, naturalmente, ó por obra del arte, concluida la extracción del tronco, la cabeza remanente en la excavación está situada así: *cara dirigida atrás y abajo, nuca tras del cuerpo del pubis, y región occipital sobre él.* Con una sola de estas condiciones que falte, la conjugación de los diámetros del continente y del contenido, del canal y del cuerpo que por él ha de salir, es humanamente imposible: el movimiento de báscula que expedita el pasaje, materialmente no puede haber lugar ni aun echando mano de la violencia, á no ser, sin embargo, que fascinado, presa del furor quirúrgico, sin atender ya á lo que el práctico jamás debe perder de vista, sin medir las consecuencias, arrostrando por todo, y teniendo por norte *salirse con la suya*, como vulgarmente se dice, el operador

emplee tal fuerza, que las resistencias resulten vencidas, de contado quedando asaz maltrechos el indefenso niño y la desventurada madre.... Por lo mismo; antes de poner en ejecución el método que recomiendo, debe cuidarse de situar la cabeza de la manera dicha, sin desviarse un ápice de la regla, y una vez acomodada, hágase la maniobra con fe y sin miedo, porque el éxito de ella está suficientemente asegurado.

Cuando, terminada la expulsión, ó la extracción del tronco, la cabeza queda extendida, descansando la barba sobre el pubis, se toma al feto por los piés con la mano derecha, con la izquierda se comprime mediatamente el tumor cefálico hacia abajo y atrás, y de consuno se lleva el tronco hacia el vientre de la madre; con lo que, sin esfuerzo ni trabajo, se logra salga la cabeza. Este método se designa gráficamente llamándole *maniobra de vientre con vientre.*

Si concluida la expulsión ó la extracción del tronco, la cabeza doblada se hunde en la excavación apoyando en el arco púbico la región fronto-bregmática, métanse lo más que se pueda índice y medio de la mano izquierda (puesta en pronación) entre el arco y la

región fronto-bregmática; con la derecha se tomarán los piés, y mientras ésta conduce al tronco hacia el dorso de la mujer, aquella se esforzará en mantener la flexión del extremo eefálieo; eon lo que, deslizándose, salen por la comisura anterior de la vulva, la región fronto-bregmática, el sineipueio ó bregma, y, por último, la región oecipital. Esta maniobra, que es antitétiea de la anterior, se llama *de espalda con espalda*, y es igualmente ingeniosa, seneilla y efieaz.

Cuando la eabeza remanente, doblada ó extendida, esté situada en direeeión más ó menos diagonal, antes de ejeeutar eualquiera maniobra de extracción es indispensable hacerla girar hasta que la cara quede situada direetamente atrás. El procedimiento rotatorio perteneee á Mad. Laehapelle: eonsiste en meter la mano homónima del lado adonde esté viendo la eara: á la dereeha, *la derecha;* á la izquierda, *la izquierda.* Para meterla, se la desliza (en supinaeión) por el dorso, nuca, región témporo-maxilar y malar, hasta llegar eon los dedos á la mejilla opuesta: entonees el pulgar se separa de modo que él y los restantes euatro dedos tomen la eabeza por la cara, en direeeión del diámetro bizi-

gomático: después se insinúa y sigue con lentitud el movimiento que ha de llevar la cara de delante atrás, secundado paso á paso por el del tronco, con ayuda de la otra mano, la cual desde un principio toma al feto de los piés y le levanta para expeditar la entrada á la que se ha de introducir.



III

CUADRO METÓDICO

De la versión y de la evolución del feto por maniobras mixtas.

ADVERTENCIA.—La mayor parte de los autores, al designar la operación que voy á describir, llámanla *versión por maniobras internas.* En mi concepto el nombre que lleva es impropio, porque el calificativo *internas* da á entender que se opera únicamente por dentro; siendo así, que para realizar el intento, diré más, para poderlo realizar, se ha de operar por dentro y fuera conjuntamente. El mal no pára ahí, va más adelante; porque en la parte referente de los textos no se dice con la apetecible claridad que la mano externa ha de venir siempre en auxilio de la interna, ni se precisa el cómo y cuándo tampoco, ni en las figuras ilustrativas se ha

puesto esmero en retratar fielmente las varias posiciones de la mano externa durante la ejecución. Por estas omisiones (que nunca he podido explicarme), la mayor parte de los que ejecutan la versión clásica se limitan á imponer la mano externa sobre el vientre, á tenerla inmóvil en el lugar que mejor les parece, y confían la maniobra á la mano interna sola, que falta de ayuda tropieza con dificultades, insuperables á veces, que se vencen con la cooperación de la mano que por fuera obra en consonancia. Puesto que es más fácil invertir á un feto tomándole por sus dos extremidades que por una de ellas tan sólo, y puesto que esto se hace con una mano adentro y otra afuera, será bueno llamar á esta operación, en lo sucesivo, *versión por maniobras internas y externas combinadas*, ó más breve, *versión por maniobras mixtas*. Hecha esta advertencia, entraré en materia.

De la contemplación cuidadosa de los cambios naturales de la situación del feto enclaustrado, infiérense como consectarios lógicos la posibilidad de hacerlos, y su hechura demás de eso. Las multiplicadas observaciones en que se apoyan los procedimientos y métodos de corrección por maniobras ex-

ternas, de versión y evolución por maniobras mixtas, muestran sin dejar lugar á la duda, que en condiciones determinadas puede el feto fácilmente cambiar de situación: esfuerzos no ímprobos, sino inteligentes y moderados, cuando las circunstancias favorecen al intento, bastan para efectuar mutaciones en un todo semejantes á los cambios naturales. *Ars imitatio naturæ.*

Habiéndome ocupado antes de la *corrección por maniobras externas* (Cuadro núm. VIII, 1ª parte), trataré ahora de la *versión y evolución por maniobras mixtas;* viejo procedimiento que se pone en planta para remediar en lo posible las fatales consecuencias de los abocamientos viciosos durante el parto, y que, á pesar del grado de perfección que ha alcanzado en estos últimos tiempos, no siempre está exento de dificultades y peligros.

DEFINICIÓN.—La *versión clásica* ó *por maniobras mixtas* es una operación bimanual, que en su debido caso se ejecuta para cambiar un abocamiento transverso en longitudinal *(conversión cefálica ó pélvica)*, ó para trocar una presentación pélvica por otra cefálica *(inversión cefálica)*, ó una cefálica pre-

existente por la pélvica *(inversión podálica)*. Distínguense la corrección por maniobras externas y la versión clásica ó por maniobras mixtas, porque en la primera las manos ejecutan el cambio á través de las paredes abdominal y uterina, y en la segunda, una de las manos opera en el interior de la matriz, y la otra, obrando en consonancia, ayuda á la maniobra á través de la pared útero-abdominal.

REFLEXIONES. — Siendo incuestionable que el parto por el vértice es el *prototipo* del desembarazamiento natural, el común deseo, de contado, es que los productos vengan al mundo en tal situación únicamente. Pero este deseo tiene en su contra escollos, que están en la naturaleza misma de las cosas según por menor consta en el Cuadro núm. IV 1ª parte, donde se trata del acomodamiento del feto durante el embarazo. Por tanto hay dos caminos que seguir: para cuando los vicios de acomodamiento se notan á tiempo, se cuenta con el recurso de la corrección por maniobras externas: para cuando el defecto se echa de ver á la hora de la hora, quiere decir, durante el parto (salvo una que otra excepción en que aquel procedimiento

es hacedero), no queda otro remedio que intervenir por medio de maniobras mixtas.

No obstante lo racional del deseo de que los fetos vengan siempre por el vértice, en la versión clásica la regla casi universal, la costumbre, por mejor decir, no es traerlos por el vértice sino por los piés, y la razón de esta conducta (que á todas luces es una contradicción flagrante del principio generalmente aceptado y un verdadero contrasentido), es, que cuando se nos llama fuera de tiempo á intervenir en un caso de presentación viciosa, la sola, la única operación practicable, es la versión podálica. Partiendo de esto, quienquiera sin dificultad se da cuenta de esa preferencia forzosa concedida á la versión podálica sobre la cefálica, de esa costumbre establecida en fuerza de una necesidad imperiosa, *ultima ratio*, cuando se toca al deplorable extremo de no poder hacer lo que sin disputa es mejor bajo todos aspectos. Si las gentes, hablo en general, tuvieran educación médica; más claro, si las gentes aprendiesen á medir los peligros que les amenazan, y en la parte que les toca se aprestasen á conjurarlos, de seguro que acudirían al médico á prima y no á última hora: pero co-

mo carecen de ella, hacen lo contrario; acuden *in extremis*, y entonces, de ordinario no cabe más remedio que la versión podálica clásica, y á veces ni eso.

Otra causa hay también para que tocante á esto las cosas se hagan al revés. (Este reproche va dirigido á los hombres del arte). Esta causa es la *estadística;* pero la estadística de circunstancias, inagotable manantial de errores de toda suerte en Medicina, firme sostén del empirismo reinante y la oprobiosa rutina. Los hombres somos así: la generalidad deja seducirse y avasallarse por ese mito tiránico llamado "la inflexible lógica de los números," y los médicos (que no por ser médicos dejamos de pertenecer á la pobre raza de Adán), quiéramos que no, apelamos á ese subterfugio que nos autoriza á hacer lo contrario de lo que debemos muchas veces. Acostumbrados á los hechos comunes (los más numerosos); bien hallados con ellos, casi siempre estamos mal dispuestos á dar cabida á los raros (los menos), sin reflexionar que esa rareza ó excepcionalidad más que á lo genuino de los hechos toca y se refiere á la poca ó ninguna costumbre de conducirlos de este ó de aquel modo, ó al me-

nosprecio ú olvido á que inconcientemente ó por sistema se condenan ciertas prácticas benéficas.

Lo expuesto no quiere decir que desapruebe y anatematice á la versión podálica clásica. Ni por pienso. Como práctico, muchas veces he tenido oportunidad de medir su alcance y admirar y vocear sus beneficios. No queriendo ser inconsecuente con mis principios, sólo me limito aquí á reclamar la atención, ya que no la preferencia, en favor de la versión cefálica clásica, tan hacedera y bienhechora como la podálica en su caso. Si ambas son muy buenas operaciones, prudente y cuerdo será, por tanto, no decidirse siempre precisamente por esta ó por aquella, sino elegir la que viniere á propósito, la que procure más ventajas en el caso que se trate de remediar: *"Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar,"* dice un viejo proloquio; y á fe que razón tuvo quien le inventó.

CONDICIONES GENERALES. — El ovoide fetal debe hallarse en el recinto de la gran pelvis, totalmente dentro del útero, y ser movible. También puede hacerse la maniobra aun cuando una pequeña parte de la región presentada haya bajado algo á la excava-

ción, si no está fuera del orificio uterino, y si persiste todavía el imprescindible requisito de la movilidad. *Cuando falten estas condiciones y el abocamiento fuere de vértice, se debe aplicar el* FÓRCEPS. Antes de proceder, se deben diagnosticar lo más exactamente posible la presentación y la posición, y al proceder, se ejecutará con toda calma la maniobra. *Festina lenté.*

INDICACIONES.—En general, las que no son favorables á la versión cefálica, ni demandan la evolución artificial, de que me ocuparé al fin de este Cuadro. 1ª Presentaciones transversas, si, vivo el producto, sus rodillas ó piés están próximos al orificio uterino. 2ª Casos en que esté encajado ya el hombro, particularmente si ha caido el brazo. 3ª Casos de prolapso del cordón y del brazo ó de la mano, ó de prolapso simple del cordón. *(La tarea de introducir al cordón ó al brazo salidos, verdadera tarea de Sísifo, es estéril, y por ella se pierde un tiempo precioso.)* 4ª Algunos casos de inercia uterina irremediable y presentación de vértice, complicados de preinclinación ó anteflexión uterina *(venter pependulus)*, si manteniendo erguida la matriz, la cabeza ni baja, ni puede

ser tomada con el fórceps. 5ª Casos de presentación de cara ó de vértice inclinado, incorregibles. 6ª Estrechura del arco púbico, si el resto de la pelvis subsiste normal. 7ª Estrechuras pélvicas de segundo grado (comprende los casos en que el máximum de longitud de la región estrecha mide 9 centímetros, y 8 el mínimum), en los que el fórceps no es aplicable. 8ª Casos de pelvis ovalar procedente de vicio congénito ó morboso, si haciendo la evolución resulta que la región occipital (la más voluminosa) embona con la más amplia de la región estrecha. 9ª Casos de rotura de la matriz, si el feto puede ser asido de las rodillas ó los piés. 10ª Por último: todos aquellos casos en que hallándose el feto situado en el campo de la versión (la gran pelvis), y subsistente el imprescindible requisito de la movilidad, urja efectuar el pronto desembarazamiento para poner á salvo la vida de la madre y del producto: *hemorragias graves, eclampsia, sofocación, etc., etc.*

VERSIÓN PODÁLICA POR MANIOBRAS MIXTAS.

Condiciones particulares del manual operatorio.—Pelvis normal ú oblicuo-ovalar ó con estrechez del arco púbico. —Recto y vejiga vacíos.—Completa dilatación ó gran dilatabilidad del orificio uterino. —Fuente íntegra ó que acabe de romperse.

Postura toconómica transversa (véase el Cuadro núm. II, 3ª parte): en ciertos casos, postura inglesa (decúbito lateral derecho ó izquierdo), y en otros, muy raros, boca abajo, y apoyada en codos y rodillas.

Cloroformo.—Si no existe contraindicación especial, se ministrará cuando haya gran irritabilidad local ó general en juego, ó amenacen ó estallen sus efectos á las primeras tentativas operatorias. El cloroformo, discretamente empleado en tales casos, evita molestias y dolores á la paciente, y expedita las maniobras. *Basta producir tan solo el efecto analgésico.* Llevar las cosas, como algunos aconsejan, hasta el extremo de abolir los movimientos voluntarios y reflejos, tiene grandes peligros. La completa inactividad del útero, su impasibilidad extrema,

son signos de profunda postración, y ocasionan hemorragias graves.

ELECCIÓN DE LA MANO.—¿Cuál mano se ha de introducir, y cuál ha de ayudar por afuera? Si el operador es ambidextro, es llana la respuesta. Pero como esta preciosa cualidad es muy rara (bueno sería que en lo sucesivo no fuera tanto),[1] el mejor consejo que puedo dar á mis discípulos es, que elijan para adentro la que con seguridad y mayor comodidad pueda operar allí, y reserven la otra para afuera. En los abocamientos transversos esto es lo que más conviene. En los de vértice ó faciales que requieren la versión, la regla es meter aquella mano que previo diagnóstico exacto de la presentación y posición, y puesta entre la pronación y supinación, quede con la cara palmar hacia el plano anterior del feto.

1 Los estudiantes deberían ejercitar la mano izquierda tanto como la derecha, al trinchar, al rasurarse, al cepillarse, y en los ejercicios de anfiteatro y clínicos, como al disecar, al practicar el tacto vaginal ó rectal, al estudiar en los maniquíes, por ejemplo; con lo que paulatinamente se adiestraría esa parte del cuerpo, condenada por una inveterada corruptela á no poder ni saber hacer más que muy limitadas cosas.

Tiempos de la operación: tres. En el primero, se aleja de la embocadura del canal la parte abocada; en el segundo, se mete la mano elegida y se buscan las rodillas (con una basta), ó los dos piés (con uno basta), prefiriendo siempre lo más cercano, y se afianzan asiéndolos con todo cuidado; en el tercero, se ejecuta la conversión ó la inversión, operando por dentro y fuera sobre los dos polos del ovoide simultáneamente. En ciertas circunstancias hay un cuarto tiempo, que en el fondo debe verse como complemento de la versión: refiérome á la extracción manual del feto, *operación aparte*, que no debe hacerse sino cuando el caso clínico demande presto el desembarazamiento de la matriz (véanse las indicaciones en el Cuadro Metódico de la extracción manual del feto, núm. II, 3ª parte).

Preparativos.—Los indispensables para atender á cualquiera emergencia.—Puesto el mandil, remangada la camisa, y ungido con grasa ó vaselina fenicadas el dorso del antebrazo y de la *mano interna*, reunidos los dedos formando un cono, de pié ó sentado el operador, con la otra procede á abrir la vulva y hacer al vello á uno y otro lado, con

lo que se expedita el paso y se ahorra á la paciente el acerbo dolor que causa arrastrarle y tirar de él. *Todo lo que he dicho, y lo que sigue, se ejecutará durante la ausencia del dolor ó contracción.* Dentro de la vagina la mano, se pondrá en planta el siguiente sabio consejo de muchos célebres parteros: *mientras una de las manos vaya atravesando el orificio uterino, la otra se ocupará de fijar al útero por el fondo, empujándole y comprimiéndole hacia abajo.* Al hacer la versión, siempre debe tenerse presente la necesidad de fijar la matriz, tanto porque así se facilita la entrada de la mano, cuanto porque se evita el peligro de arrancarla de su inserción vaginal; lo que corre riesgo de suceder cuando la operación ofrece alguna dificultad. Una tercera ventaja consiste, en que fijando al útero, consiguientemente se fija al feto, no se extravía lo que se va buscando, y por último, se le acerca á la mano que marcha á su encuentro. Si las membranas están rotas, se entra directamente; y si no, entre ellas y la pared de la matriz, *echando á un lado ó alejando la parte que interrumpa el pasaje.* En uno y otro caso prefiérase el camino más directo y seguro, sirviendo de guía

el tacto, previo exaeto conocimiento de la situación del producto. Hallados los piés ó las rodillas, ó un solo pié ó una rodilla, tómanse, acomodando los dedos de modo que se aseguren sin menoscabar la parte ó partes tomadas, que deben tratarse con todo miramiento. *Entre asir un pié ó una rodilla, preferible es la rodilla; y entre lo posterior ó lo anterior, lo posterior.*

Terminados los dos primeros tiempos, prosigue el tercero, que es en el que realmente se ejecuta la conversión ó la inversión. Llegado aquí, y antes de pasar adelante, es preciso que dé á mis discípulos otro consejo tan bueno como el anterior: *Al hacer la versión emplead las dos manos. Mientras una de ellas trabaja dentro, la de afuera debe prestarle su eficaz ayuda operando sobre el útero y sobre el niño á la vez.* El auxilio que mútuamente se prestan, sólo puede valorizarse al estar haciendo personalmente la operación. En ciertos casos sería imposible operar con la mano que está dentro, únicamente, y en todos, la intervención bimanual expedita la ejecución.

Evolución del feto.—Asidos los piés ó las rodillas, ó el pié ó la rodilla, el opera

dor puede considerarse dueño de la situación. La mano que comprimía al fondo de la matriz para fijar al órgano, inmovilizar al feto y aproximar las partes buscadas á la mano interna, cumplida la primera parte de su cometido, se apresta á llenar la segunda. Se transporta al polo opuesto al pélvico, el cefálico, y al par que la interna compulsa á su presa acercándola y abocándola con el canal, la externa, andando un camino contrario, compele á la cabeza á que marche en dirección diametralmente opuesta; quiere decir, hacia el fondo de la matriz. Asiendo de preferencia la rodilla ó pié del miembro anterior ó más próximo, al tirar se asegura la rotación del dorso hacia adelante; así como cogiendo la rodilla ó pié del miembro posterior ó más lejano, se asegura la elevación del hombro opuesto, si estuviere encajado, y se facilita la versión.

Advertencia importante.—Si uno de los brazos asoma ó cuelga, asegúrese el puño por medio de una cinta ancha y flexible, cuyos extremos se confían á un ayudante: éste debe tirar ó aflojar, conforme á las indicaciones del operador. Con esta precaución se consigue que el brazo procidente no

se levante por delante ni por detrás durante la ejecución de la maniobra.

No es la traslación bipolar el único movimiento que debc efectuarse: otro hay muy importante por cjecutar, á ocasiones, y cs el dc rotación del ovoide en torno de su eje longitudinal, á fin de quc, esté como cstuviere primitivamente, resnlte al cabo en situación dorso-anterior derecha ó izquierda, lo cual es del todo indiferente. Tratándose de la conversión (presentación de tronco) en la *1ª de uno ú otro hombro*, y de la invcrsión podálica, en la *3ª y 4ª de vértice ó de cara*, el movimiento evolutivo, exclusiva y cuidadosamente cjecutado, de por sí trae al dorso hacia delante. Pero cuando se trata de la *2ª de ambos hombros*, ó dc la *1ª y 2ª de vértice ó de cara*, concluido el movimiento evolutivo, cl ovoide queda en situación dorso-posterior: y aun cuando la rotación de que me ocupo sea una consecuencia indeclinable de la ley quc preside á la adaptación del contenido y continente, y en muchas ocasiones sc insinúc y se realice naturalmente, bucno será no olvidar el dinamismo del parto fisiológico, bicn para sccundar los esfuerzos naturales, si vinieren en nuestro socorro,

ó bien para iniciarlos y llevarlos á cabo, si la naturaleza nos priva de sus indicaciones y eficaz cooperación.

EVOLUCIÓN ARTIFICIAL.

Desígnase así la operación bimanual que se ejecuta para extraer al feto abocado por el tronco, operando sobre las rodillas, sin previo cambio de la presentación, como requiere la versión podálica.

CONSIDERACIONES.—Háse visto que mientras hay agua en el útero, hallándose la fuente íntegra, ó á poco de haberse derramado, la versión bipolar es hacedera. Cuando las aguas faltan, la retracción uterina pasa de cierto límite, y el hombro se halla encajado en la excavación, exista ó no procidencia del brazo correspondiente, la pretensión de *convertir* al feto raya en lo imposible. En estas circunstancias la acción de la retractilidad (naturalmente centrípeta) exagera la flexión total del producto, acrece la proximidad de los extremos pélvico y cefálico, acerca las rodillas á la inmediación del pecho; de lo que resulta que el feto exageradamente acurrucado se aleje de la forma ovoide y adopte la esferoide: sin embargo

de esta reducción total y de este acortamiento del mayor de sus ejes, el trueque de una situación por otra es humanamente imposible, porque falta la movilidad, *conditio sine qua non* de la versión bipolar, sea de la especie que fuere.

INDICACIONES ESPECIALES.—En las presentaciones de tronco, siempre que el extremo pélvico se avecine al estrecho superior más que el cefálico, que el útero exhausto de aguas esté muy retraido, que sea imposible ó muy difícil asir al feto de los piés, y, de contado, por falta de toda movilidad no se pueda convertir la presentación.

POSTURA DE LA MUJER Y ELECCIÓN DE LA MANO INTERNA.—En las presentaciones dorso-anteriores *(1ª de uno y otro hombro)* se acostará en postura inglesa, y se meterá la mano izquierda, reservando la derecha, primero, para fijar al útero, y después, para ayudar á la evolución. En las dorso-posteriores *(2ª de uno y otro hombro)* se acostará en supinación, entrará la mano derecha, y la auxiliará la izquierda por afuera. Es no sólo válido, sino conveniente, infringir esta regla, cuando la mano teóricamente elegida no pueda dar cumplido lleno á su misión. Esta

permutación es válida siempre que se trata de cualquiera operación bimanual; de donde sin duda proviene el sapientísimo consejo de los maestros: *en teoría como se deba, en la ejecución como se pueda.*—En ciertas circunstancias trae positivas ventajas poner á la mujer boca abajo apoyada en codos y rodillas: una vez colocada así, el útero queda en declive, la presión que ejercía sobre el estrecho disminuye, y de consiguiente el hombro encajado se desprende y moviliza.

MANUAL OPERATORIO.—Consta de tres tiempos. En el primero, se introduce la mano en busca de una de las rodillas; en el segundo, se ejecuta la evolución; y en el tercero, se practica la extracción.

PRIMER TIEMPO.—Si el brazo está de fuera, sirve de guía. Siguiéndole, se llega al plano esternal, y en él ó sus cercanías se encuentran las rodillas. Si el cordón es el procidente, también sirve de guía. Si ni el brazo ni el cordón están de fuera, hay que orientarse, sin perder de vista la situación diagnosticada. Introducida la mano, se busca el plano esternal y la inserción umbilical, se toca el cordón (de paso se examina si late ó no), y en sus inmediaciones se hallarán una

ó las dos rodillas. Si en estos momentos, ó antes, ó después, la retraeeión subsistente se viese reforzada por la eontraetilidad orgániea *(dolor ó contracción)* ó por un *verdadero espasmo*, suéltese lo eogido, ábrase la mano, y aplíquese de plano á la parte eorrespondiente del ovoide. Una vez pasado el dolor ó el espasmo, se prosigue. Eneontrándose las manos del feto en la misma región que se reeorre, no es difíeil dar eon ellas y figurarse que son los piés; sin seguir adelante, proeúrese distinguir á unos de otros, y si fueren ellas, abandóneselas, teniendo presente que en el feto vivo, aeurrueado, los piés distan mueho del ombligo, están más altos, y aplieados sobre las nalgas. Aunque en muehos libros se vea que lo que debe tomarse son los piés, el eonsejo eareee de fundamento eientífieo; pues por razón de eomodidad, y más que por eso, por asegurar el éxito de la maniobra, lo que debe asirse es una de las rodillas. Entre la rodilla eereana y la lejana, preferible es tomar ésta á aquella; y la razón es, que tirando de allí, y logrando bajarla, el hombro eneajado se moviliza, se zafa, y expedita la evolución. De tirar de la rodilla más próxima (la homónima

del hombro encajado), únicamente se consigue aproximar los extremos del grande eje, mas no se logra hacer la evolución; consecuencia natural é indeclinable de dos movimientos combinados: primero, el de rotación en torno del grande eje, y segundo, el de rotación en torno del menor (transversal); en una palabra, el *movimiento en espiral.*

SEGUNDO TIEMPO.—Tírase de la rodilla encaminándola hacia la embocadura del canal, y llegado ese momento la mano externa (que hasta entonces estaba ocupada de mantener fija la matriz), toma al polo cefálico, le eleva en la misma proporción que se hace bajar la rodilla, y entrambas prosiguen el movimiento de traslación hasta, conseguir sacar al miembro asido, que naturalmente arrastra afuera al resto del polo pélvico.

TERCER TIEMPO.—La extracción del resto del tronco, de los brazos y de la cabeza, se subordina en todo y por todo á las reglas dadas para hacer la extracción manual del feto (Véase el Cuadro núm. II, 3ª parte).

Cuando las rodillas están situadas lejos del alcance de la mano interna, se recurre á un procedimiento que procura su proximi-

dad á la mano y á las cercanías del estrecho superior, y consiste, en introducir la más diestra para el caso, abarcar con toda ella el tronco, y hacerle rodar hasta que el dorso mire hacia el fondo de la matriz y el plano anterior hacia la embocadura del canal. Puesto así, deslízase la mano en el sentido del extremo pélvico, por la cadera, las nalgas, la parte posterior de los muslos hasta las corvas (ó la corva), y en llegando allí, se tira abajo, de las dos, ó de una, á la sazón que la mano externa aleja al polo cefálico; afuera ya las piernas, lo que resta se concluye conforme se ha dicho.

Maniobra doble.—Para cuando el abocamiento de vértice ó de cara se complica de caida de uno ó de los dos piés, se ha ideado una maniobra que lleva el nombre de *doble*, y que en realidad no viene á ser más que una aplicación especial de lo mismo que se recomienda hacer en la versión podálica clásica, tratándose de los abocamientos de tronco: *alejar de la embocadura del canal pélvico la parte del feto que estorbe é interrumpa el paso á la mano que se mete;* con esta única diferencia, que en la versión, la mano interna hace las dos cosas, desvía y rechaza el

obstáculo para poder entrar, y una vez adentro, busca los miembros inferiores, ó uno solo de ellos, les toma, y hace el tiro ayudado afuera por la mano externa; mientras que en la llamada *doble maniobra*, previamente lazados los piés ó el pié procidentes por la región tibio–tarsiana, y asegurados los cabos de la cinta con una de las manos, la otra entra en el canal, empuja á la cabeza con el extremo de los dedos conduciéndola al lado donde no estorbe, y, combinando la tracción con la elevación, se invierte el producto extrayéndole por el extremo pélvico.

EVOLUCIÓN Á IMITACIÓN DE LA IMPROPIAMENTE DENOMINADA *ESPONTÁNEA CLÁSICA*.—En las presentaciones de tronco, cuando la pelvis es bien conformada, la potencia uterina muy enérgica, y el feto pequeño ó lleva tiempo de muerto, la naturaleza se deshace de él doblegándole con exageración, haciéndole girar hasta que el hombro abocado encaja en el arco púbico y el extremo pélvico en la concavidad sacra, y empujando á este último, en seguida, le desliza é impele por la curva sacro-perineal hasta echarle afuera. La cabeza remanente, urgida por la contractilidad, gira; la nuca

se sitúa tras la cara posterior de la pared púbica, el occipital sobre el borde de ella, y doblegada más y más sigue al tronco y no dilata en salir.

A imitación de lo que la naturaleza hace en las circunstancias designadas al principio del párrafo anterior, el práctico, siguiendo los mismos pasos de aquella, puede hacer otro tanto y salir airoso de tan apretado lance. Pero aunque fracasare (lo que muy bien puede suceder) debe quedar tranquilo con haberlo intentado, pues la mira no es otra que evitar la ejecución de *operaciones tocúrgicas* (llámanse de este modo las que se hacen con instrumentos vulnerantes), que por muchas y exquisitas que fueren las precauciones que se tomen para no estropear á la mujer, basta que se apele á ellas *in extremis*, quiere decir, cuando los recursos toconómicos (desígnanse así aquellos en que se emplean las manos solas ó armadas de instrumentos no vulnerantes, como el fórceps, v. gr.), no han cabida, cuando ha transcurrido mucho tiempo, y el resorte vital se halla más ó menos menoscabado; basta con eso, repito, para temer que el desenlace sea funesto, como comunmente lo es.

Para facilitar la flexión del tronco abocado y muy comprimido, y expeditar seguidamente la extracción del todo, en el caso supuesto, comiénzase por perforar la parte más encajada del pecho con las tijeras de Smellie ó de Blot, luego se arrancan las vísceras, después se doblega el tronco, bien con la mano ó bien con un gancho romo, y, por último, se tira en el sentido de la curvatura del canal.

A veces ni aun esto es bastante. Entonces hay que recurrir á otros medios, como la *decapitación clásica*, el *corte supraclavículo-axilar* de A. Ortega, el *biaxilar* mio, la *eventración*, el *corte raquiabdominal*, y por último, el *cranioclasta* y el *cefalotribo*, que se usan no sólo para hacer trizas el cráneo, sino cualquiera otra parte del cuerpo del feto. Esto por lo que toca á los abocamientos de tronco. Por lo que corresponde á los cefálicos (de vértice ó cara) simples ó complexos, en quienes la versión es irrealizable y el fórceps tampoco puede ser aplicado, hay los siguientes: *perforación del cráneo y excerebración*, únicamente; *lo mismo, seguido de la aplicación del craneoclasta ó del cefalotribo (cefalotripcia sucesiva, pero sin tracción ninguna)*, *el fórceps-sierra de Van-Huevel, etc., etc.*

APÉNDICE

CLOROFORMO:

Indicaciones, contraindicaciones y precauciones de su empleo.

Los parteros de buena y justa reputación están acordes en que se use el cloroformo en las operaciones graves, largas y dolorosas, y se fundan en que en los partos difíciles las mujeres se encuentran en la misma situación de un paciente que necesita de los socorros de la medicina ó de una operación quirúrgica. "En estos casos, dice Stoltz, no creo que se deroguen ó infrinjan las leyes de la naturaleza embotando la sensibilidad, para operar más cómoda y más seguramente ó evitar á las enfermas dolores extraordinarios."

INDICACIONES.—En virtud de esta buena máxima, se debe recurrir á la anestesia:

1º En las aplicaciones *difíciles* de fórceps; en las versiones bipolares por maniobras internas que sean *verdaderamente difíciles;* en la cefalotripcia y extracción, después de ha-

ber practicado la perforación del cráneo y la excerebración; en la embriotomía y en la operación cesárea.

2º Cuando los dolores exciten fuertemente á la mujer dotada de una sensibilidad excepcional, á consecuencia de la cual se mueva mucho, se agite demasiado, grite con exageración, sin hacer caso de las exhortaciones del médico.

3º Cuando los dolores presenten una energía y una frecuencia inusitadas.

4º En casos de espasmo uterino general ó parcial.

5º En todos aquellos en que teniendo que hacer alguna maniobra, como regularizar alguna posicion, v. gr., la mujer dé vivas señales de exquisita sensibilidad.

Advertencia importante.—*La anestesia debe graduarse según las indicaciones, la constitución de la mujer, el estado de su pulso, de su fisonomía, de su respiración y de su voz.* La experiencia enseña que la anestesia perfecta raras veces es necesaria en las grandes operaciones tocúrgicas. Otra de las muy útiles indicaciones del cloroformo se encuentra en la *eclampsia.* El cloroformo usado con largueza, he dicho al hablar de la distocia

eclámpsica, es el único medio que puede disminuir la excitación refleja exagerada, modificar la intensidad de los accesos, y hasta retirarlos.

CONTRAINDICACIONES.—La anestesia está contraindicada:

1º Cuando el estómago estuviere lleno de alimentos.

2º Cuando la parturiente se halle considerablemente agotada, ó tenga pulso débil y pequeño.

3º Cuando el parto se complique de abundante hemorragia.

4º En las enfermedades de los órganos circulatorios y respiratorios.

5º En las afecciones inflamatorias de los centros nerviosos.

6º En el estado de embriaguez alcohólica.

PRECAUCIONES.—El cloroformo ha de ser puro, irreprochable. En mi práctica acostumbro á dar una copa de vino de Jerez ó de Cognac antes de su administración.(1) La pieza debe estar ventilada y el aire tener fácil acceso. La mujer estará acostada en decúbito supino con la cabeza y tronco algo elevados. El que se encargue de la anestesia, médico ó practicante inteligente, cuidará de que las

(1) Fayet rechaza esta práctica fundandose en que á la excitación propia del parto se añade la del alcohol. Via[...] L'art d'apaiser les douleurs de l'enfantement".

inhalaciones sean pausadas y de que los vapores clorofórmicos se mezclen con gran cantidad de aire. No debe divagar su atención: cuidará de que el ritmo respiratorio se haga con la debida regularidad, sobrevigilando asimismo el estado de la circulación, conforme á los preceptos formulados por Sedillot en su "Tratado de Medicina Operatoria."[1]

Concluyo este Apéndice recordando las siguientes palabras de Robertson: *Como el opio, el cloroformo es también un medicamento heróico. Empleado á dosis conveniente y mezclándole con un volumen suficiente de aire atmosférico, produce efectos bienhechores; al ver la manera indebida con que muchos médicos le administran, no es de admirarse que ocasione la muerte, ó accidentes muy alarmantes cuando menos.*

Como se vé, soy partidario de la administracion *seria y científica* del cloroformo; condeno su empleo en los partos naturales,(1) y lo recomiendo, al contrario, para la ejecución mejor y más segura de las operaciones que verdaderamente lo reclaman.

1 Op. cit. tom. I, pág. 13.

FIN

1) Pero todos los clínicos contemporaneos de mayor nombradía como Budin, Tarnier, Auvard, &. &. lo aconsejan como útil, inocente y aun conveniente. Yo lo administro siempre.

ÍNDICE

SEGUNDA PARTE.

TERCERA PARTE.

APÉNDICE.



